

®

Te 616.89-053.2

GAR

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría

BIBLIOTECA UCM



5301456702

PSIQUIATRIA TRANSHISTORICA EN LA INFANCIA



Biblioteca
de Medicina

Raúl García Pérez

Madrid, 1992



La Tesis doctoral de D. RAUL GARCIA PEREZ

titulada PSIQUIATRIA TRANSHISTORICA EN LA
INFANCIA

Director Dr. D. Prof. FRANCISCO ALONSO FERNANDEZ

fue leída en la Facultad de MEDICINA de la
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

el día 9 de ABRIL de 1992 ante el tribunal constituido
por los siguientes Profesores:

Presidente Prof. ENRIQUE CASADO DE FRÍAS

Vocal Prof. CARLOS CARBONELL MASIA

Vocal Prof. JAIME RODRIGUEZ SACRISTAN

Vocal Prof. JOAQUIN SANTO-DOMINGO CARRASCO

Secretario Prof. COVADONGA ALONSO SAN MARTIN

habiendo recibido la calificación de APTO. CUM LAUDE
POR UNANIMIDAD

Madrid, a 9 de ABRIL de 1992

El Secretario del Tribunal,

Covadonga Alonso

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

PSIQUIATRIA TRANSHISTORICA
EN LA INFANCIA
Raúl García Pérez

Director: Prof. F. Alonso-Fernández

I N D I C E

| | | |
|---------|---|----|
| I | Conceptos y planteamiento del Trabajo. Historia, Desarrollo paradigmático y clasificatorio de la P.I. | 1 |
| I.1 | INTRODUCCION | 1 |
| I.1.1 | Concepto de Psiquiatría Transhistórica. | 1 |
| I.1.2 | Justificación y Planteamiento del trabajo. | 4 |
| I.1.2.1 | Tipos de cambios patoplásticos en psiquiatría. | 4 |
| I.1.2.2 | Metodología del Trabajo. | 6 |
| I.2 | HISTORIA DE LAS IDEAS ACERCA DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL. | 8 |
| I.2.1 | Comienzo del interés científico por el niño. | 8 |
| I.2.1.1 | Pioneros en psiquiatría infantil. | 9 |
| I.2.2 | La Consolidación de los conocimientos en P.I. | 13 |
| I.2.2.1 | La época de los Tratados. | 14 |
| I.2.2.2 | Interés por la "relación". | 14 |
| I.2.3 | Aportaciones del Psicoanálisis. | 15 |
| I.2.4 | Las Escuelas del Desarrollo. | 17 |
| I.2.5 | Cambio de Paradigma médico-Kraepeliniano. | 18 |
| I.2.6 | Las Clínicas de Orientación Infantil y la "Higiene Mental". | 19 |
| I.2.6.1 | El enfoque Bio-psico-social. | 22 |
| I.2.7 | Aportaciones actuales. | 23 |
| I.2.7.1 | Surge el Paradigma de la conducta. | 23 |
| I.2.7.2 | Surge el enfoque Sistémico. | 24 |

| | |
|---|----|
| | 2 |
| I.2.7.3 Las Clasificaciones. | 25 |
| I.3 HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL EN ESPAÑA. | 26 |
| I.3.1 Los Comienzos, S. XIX-XX. | 26 |
| I.3.2 El Dr. G. Lafora, la Escuela Madrileña. | 26 |
| I.3.3 El Dr. Mira y López, la Escuela Catalana. | 28 |
| I.3.4 Ideologías psiquiátricas en este periodo. | 30 |
| I.3.5 Conclusión de este periodo. | 31 |
| I.3.6 La P.I. en España después de la Guerra Civil. | 31 |
| I.3.7 El Servicio de P.I. del H. Clínico de Madrid. | 32 |
| I.3.7.1 El Servicio en los años 60. | 33 |
| I.3.7.2 El Servicio en los años 70. | 34 |
| I.3.7.3 El Servicio en los años 80. | 34 |
| I.3.8 Otras aportaciones en este periodo. | 35 |
| I.4 MODELOS Y PARADIGMAS EN PSIQUIATRIA INFANTIL. | 37 |
| I.4.1 Formas de conceptualizar la Historia de la Psiquiatría. | 37 |
| I.4.2 "Urdimbres Creenciales". | 38 |
| I.4.3 Desarrollo de la Psiquiatría como ciencia. | 41 |
| I.4.3.1 Fases de su desarrollo. | 41 |
| I.4.3.2 Hipótesis, Teorías, Contrastación con los hechos. | 42 |
| I.4.3.3 La Psiquiatría, disciplina Técnico-empírica. | 43 |
| I.4.3.4 Modelos en Psiquiatría. | 46 |
| I.4.3.5 Paradigmas en Psiquiatría, los más extendidos. | 50 |
| I.4.3.5.1 Paradigma Médico. | 51 |

| | | |
|-----------|---|----|
| | | 3 |
| | I.4.3.5.2 Crisis del Paradigma médico: | 52 |
| | La hiperactividad. | 52 |
| | I.4.3.5.3 La depresión. | 56 |
| | I.4.3.5.4 Paradigma psicoanalítico. | 63 |
| | I.4.3.5.5 Paradigma psicométrico. | 65 |
| | I.4.3.5.6 Paradigma conductual. | 69 |
| | I.4.3.6 Sesgos de los paradigmas. | 73 |
| | I.4.3.6.1 Correlaciones ilusorias. | 73 |
| | I.4.3.6.2 Capacidad para establecer covariaciones. | 74 |
| | I.4.3.6.3 Representación heurística. | 74 |
| | I.4.3.6.4 Asequibilidad heurística. | 76 |
| | I.4.3.6.5 Sesgo confirmatorio. | 77 |
| | I.4.3.6.6 Otras limitaciones de los paradigmas. | 78 |
| I.5 | CLASIFICACION EN PSIQUIATRIA INFANTIL. | 79 |
| I.5.1 | Principios fundamentales de la Clasificación psiquiátrica: | 79 |
| I.5.2 | Desarrollo de las clasificaciones en psiquiatría infantil. | 86 |
| I.5.2.1 | Clasificaciones de la A.P.A. | 86 |
| I.5.2.2 | Clasificación Multiaxial de la OMS. | 88 |
| I.5.3 | Contenido de las clasificaciones. | 89 |
| I.5.3.1 | Clasificaciones basadas en criterios clínicos. | 89 |
| I.5.3.2 | Clasificaciones basadas en criterios empíricos. | 90 |
| I.5.3.2.1 | Síndromes de banda ancha y de banda estrecha. | 92 |
| I.5.3.3 | Conclusiones acerca de los métodos clasificatorios. | 96 |
| I.5.3.4 | Factores extracientíficos que influyen en la evolución de las ciencias. | 98 |

| | | |
|------------|---|-----|
| II | PARTE: COMPARACION DE VARIABLES ENTRE LOS AÑOS 55 Y 89 | 101 |
| II.1 | COMPARACION GLOBAL. | 101 |
| II.1.1 | Número de pacientes y edades de consul- ta. | 101 |
| II.1.2 | Sexo de los pacientes. | 103 |
| II.1.3 | Nivel académico | 104 |
| II.1.4 | Derivantes. | 105 |
| II.1.5 | Motivos de consulta. | 109 |
| II.1.6 | Síntomas actuales. | 111 |
| II.1.6.1 | Síntomas consistentes en retrasos madurativos. | 111 |
| II.1.6.2 | Síntomas comportamentales. | 112 |
| II.1.6.2.1 | S. comportamentales no delictivos. | 112 |
| II.1.6.2.2 | Trastornos de conducta delictivos. | 114 |
| II.1.6.2.3 | La drogadicción. | 115 |
| II.1.6.3.1 | Problemas ansiosos. | 115 |
| II.1.6.3.2 | Problemas afectivos. | 118 |
| II.1.6.4 | Otros síntomas. | 119 |
| II.1.7 | Antecedentes patológicos. | 121 |
| II.1.8 | Características socio-familiares. | 124 |
| II.1.8.1 | Edades de los padres. | 124 |
| II.1.8.2 | Tipo de familia. | 125 |
| II.1.8.3 | Tamaño de la familia. | 127 |
| II.1.8.4 | Orden en la fratría. | 128 |
| II.1.9 | Datos Socio-Culturales. | 129 |
| II.1.9.1 | Nivel Socio-cultural. | 129 |
| II.1.9.2 | Procedencia. | 132 |
| II.1.10 | Antecedentes patológicos familiares. | 133 |
| II.2 | COMPARACION POR DIAGNOSTICOS | 136 |
| II.2.1 | COMPARACION ENTRE DSM-III Y CIE-9 | 137 |

| | | |
|------------|---|-----|
| II.2.2 | ESTUDIO COMPARATIVO DE DIAGNOSTICOS | |
| | | 141 |
| II.2.2.1 | Retraso Mental. | 141 |
| II.2.2.2 | Retrasos específicos del desarrollo. | 155 |
| II.2.2.2.1 | Trastornos mixtos. | 155 |
| II.2.2.2.2 | Retrasos específicos de la lectura. | 158 |
| II.2.2.2.3 | Trastornos del desarrollo en el lenguaje. | 162 |
| II.2.2.2.4 | Trastornos del desarrollo de la articulación. | 164 |
| II.2.2.2.5 | Retardo motriz. | 165 |
| II.2.2.3 | Otros trastornos con manifestaciones somáticas. | 168 |
| II.2.2.3.1 | Trastornos del control de esfínteres. | 168 |
| II.2.2.3.2 | Trastornos del sueño. | 172 |
| II.2.2.4 | Trastornos de conducta. | 175 |
| II.2.2.5 | Trastornos por déficit de atención. | 188 |
| II.2.2.6 | Trastornos emocionales. | 190 |
| II.2.2.6.1 | Trastornos por ansiedad. | 193 |
| II.2.2.6.2 | Depresión en la infancia. | 200 |
| II.2.2.7 | Trastornos de alimentación. | 206 |
| III | Evolución de la sociedad española estos últimos treinta años y su repercusión en la Salud Mental Infanto-juvenil. | 208 |
| III.1 | Evolución de la sociedad española: aspectos socio-demográficos. | 208 |
| III.2 | Cambios en la estructura y dinámica familiar. | 211 |
| III.3 | Conceptos, ideas y aspiraciones de la socie- | |

| | | |
|-------|--|----------------|
| | dad y las familias concernientes al bienestar infantil, su relación con la salud mental. | 220 |
| III.4 | Cambios Transhistóricos. | 225 |
| IV | Conclusiones. | 242 |
| V | Tablas. | 1 a 21 |
| VI | Gráficos, Figuras. | I a VI, I y II |
| VII | Bibliografía. | 1 a 28 |

**I. CONCEPTOS,
PLANTEAMIENTO
DEL TRABAJO**

1. INTRODUCCION

I Conceptos y planteamiento del Trabajo. Historia.
Desarrollo paradigmático y clasificatorio de la P.T.

I.1 INTRODUCCION

I.1.1 Concepto de Psiquiatría Transhistórica.

Pichot llama psicopatología histórica a aquella parte de la psicopatología que pone en relación, en una misma sociedad y en épocas distintas, los trastornos psíquicos, los conceptos médicos en torno a ellos y los caracteres propios de la cultura del período considerado. F. Alonso-Fernández, 1979, 1981 (6), acuñó el término de psiquiatría transhistórica para referirse a "la investigación del proceso de transformación de la enfermedad mental, poniéndolo en relación con los cambios históricos y culturales".

Este autor observó que los enfermos psíquicos que son vistos en la actualidad, presentan cuadros clínicos un tanto distintos de los que aparecían hace unas décadas y muy diferentes aún de los que se encuentran en los libros publicados con anterioridad. Afirma este autor que se ha producido una metamorfosis en la clínica psiquiátrica que él atribuye a la transformación sufrida en la propia cultura. Las crisis culturales, según este autor, dan una patomorfosis psiquiátrica, en efecto, "la patología y en especial la patología psíquica tiene una gran plasticidad histórico cultural", 1979 (6), debido a lo cual los cuadros clínicos varían cuantitativamente y cualitativamente en las diferentes épocas históricas.

F. Alonso-Fernández ha estudiado las modificaciones de los cuadros clínicos psiquiátricos de mayor relieve durante los últimos 80 y 90 años. Así, ha descrito diferencias transhistóricas en el área de los alcoholismos, las toxicomanías, las enfermedades del ánimo, las psicosis, la estructura temática de los delirios, las neurosis, en especial la histeria, la delincuencia y la agresividad, también ha descrito los cambios ocurridos en las familias de dichos enfermos.

Este autor ha llegado a la conclusión de que en el curso de estas últimas décadas han ocurrido los siguientes cambios:

- Un aumento de las enfermedades del ánimo, del alcoholismo y de las drogodependencias.
- Una desdramatización de las psicosis y de las neurosis.
- Una modificación registrada en los temas de los delirios depresivos y esquizofrénicos.

Particularizando más en estas conclusiones se observa una serie de fenómenos: el aumento de las depresiones debido a los bruscos cambios que han ocurrido en las condiciones de vida: tecnificación de la sociedad, aislamiento y soledad, falta de comunicación, competitividad, consumismo exagerado, pérdida de valores espirituales, desmembramiento de la familia, sobreadaptación a estructuras burocráticas controladoras y asfixiantes, el fenómeno del paro. Todas estas circunstancias sucintamente descritas producen unas situaciones nuevas a las que hay que adaptarse y son factores fundamentales en la génesis de las depresiones, esto unido al hecho de que la depresión se diagnóstica cada vez mejor, producen el aumento espectacular de las enfermedades afectivas en nuestra época (6). También están estos factores en la génesis y en el aumento de los alcoholismos en nuestra sociedad. El comienzo del alcoholismo es con frecuencia una embriaguez defensiva frente a vivencias de soledad y desesperanza, frente a una temporalidad reducida a un presente anónimo y pasivo, a un aislamiento por una comunicación escasa y superficial, una sensibilidad para las frustraciones exagerada, en resumen, una pérdida de la solidez habida en la estructura psicocultural humana. Es preocupante también el aumento del alcoholismo femenino.

Las drogodependencias han aumentado pasando a ser un problema sociomédico de primer orden. Comenzaron

siendo un fenómeno de búsqueda de algo trascendente, al mismo tiempo que de rebeldía contra la sociedad materialista, para convertirse finalmente en una forma de evasión de una realidad social marcada por el desempleo juvenil. La falta de acceso al mundo liberal adulto, una manifestación de la agresividad en grupo y también individualmente, la pertenencia a una subcultura callejera marginal y el debilitamiento de la estructura familiar así como el aumento de la conflictiva en la misma, todo esto con el trasfondo de un déficit madurativo individual. Las enfermedades psiquiátricas clásicas, psicosis y neurosis, también han presentado unos cambios sustanciales. En el caso de las neurosis, a la metamorfosis de la psicología individual, sobreracionalismo, desacralización, individualismo, afán de acopio de bienes y de control de lo imponderable, etc., se unen unas condiciones ansiógenas socioculturales: actitud hipocondríaca acerca del cuerpo y la salud, temores ante el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, ideales hedonistas, falta de seguridad producida por el debilitamiento de los valores, la represión de la espiritualidad, la inhibición de la creatividad, el sentimiento de culpa, la división del yo entre múltiples sectores de la vida social desconectados entre sí, las dificultades para establecer una comunicación profunda y entrañable con los semejantes y el sentimiento de soledad que ello conlleva, las actitudes de competencia y rivalidad ante los demás, las relaciones sociales agresivas y violentas, los cambios vertiginosos, la prisa, el alejamiento del entorno natural, el consumismo, los temores al riesgo atómico y a la contaminación. Todos estos factores contribuyen a que las neurosis se hayan metamorfoseado en cuadros de localización interna, en forma de cuadros viscerales hipocondríacos o vegetativos, crisis de angustia, fenómenos obsesivos en distintos grados y fobias más extensas y con más

contenidos que antaño. La histeria del período clásico se ha desdramatizado y casi desaparecido, trasformándose en las formas de neurosis más internalizadas ya descritas (B007). Los contenidos delirantes depresivos y esquizofrénicos también han experimentado una mutación. Hay un incremento de las ideas hipocondríacas y unos contenidos matizados por la mentalidad pseudocientífica, técnica y de ciencia ficción (6).

Vistas estas mutaciones en los cuadros clínicos de los adultos, sería de esperar que hubiese ocurrido un fenómeno semejante en los cuadros clínicos infantiles y juveniles. De hecho, F. Alonso-Fernández ha descrito influencias culturales e históricas en los procesos madurativos de la adolescencia, así como en otras etapas del desarrollo infantil, junto con la eclosión de nuevas patologías en la infancia y adolescencia.

I.1.2

Justificación y Planteamiento del trabajo.

El propósito de este trabajo es el de intentar demostrar que también en el campo de la psiquiatría infantil en estos últimos años ha habido cambios cuantitativos y cualitativos en cuanto a la presentación de los cuadros clínicos y que, además, dichos cambios obedecen a factores socio-históricos.

I.1.2.1

Tipos de cambios patoplásticos en psiquiatría.

Si analizamos la definición que da Pichot de la psicopatología histórica: "La disciplina que pone en relación en una misma sociedad y en épocas distintas, los trastornos psíquicos, los conceptos médicos y las características propias de la cultura", nos encontramos en primer lugar: los trastornos psíquicos, los cuales pueden sufrir cambios en el tiempo de al menos dos tipos:

- Cualitativos, de contenido o expresión fenomenológica y estos en dos aspectos: a lo largo de la historia o desarrollo del sujeto en un sentido longitudinal, por ejemplo, problemas de conducta en un

sujeto que se convierten con el paso del tiempo en una neurosis. O en sentido seccional o diacrónico, es decir en dos períodos de tiempo suficientemente alejados, en sujetos diferentes. Se trataría en este caso de una mutación patoplástica de las descritas por F. Alonso-Fernández, 1979, 1981 {6}, por ejemplo en el caso de la transformación de las neurosis histéricas en neurosis viscerales. Nos preguntaremos si dichos cambios ocurren en el caso de los trastornos infantiles.

- Cuantitativos, de frecuencia y número en el transcurso del tiempo, es decir: nos preguntaremos, si este es el caso, el porqué en una determinada época aparecen con más frecuencia determinados cuadros que en otra, nos preguntaremos asimismo si dichos cambios cuantitativos obedecen a razones de índole socio-cultural o de otra índole, en el caso de niños y adolescentes.

En segundo lugar: los conceptos médicos, los conceptos, las teorías, los modelos de cualquier disciplina, si esta es dinámica, cambian con el tiempo. La psiquiatría con el paso del tiempo ha experimentado cambios en sus modelos conceptuales. En este trabajo describiremos las vicisitudes históricas que han seguido las ideas acerca del enfermar psíquico infantil y las múltiples concepciones que se han hecho a lo largo de estos últimos años de las entidades clínicas infantiles, es decir, los diagnósticos.

La historia del desarrollo de los diagnósticos tiene que ver con el surgimiento de los distintos paradigmas, Kuhn, (102), médicos y psicológicos de los últimos lustros. Describiremos estos paradigmas así como sus cambios que obedecen a nuevos datos aportados por la clínica y la epidemiología. Analizaremos los intentos de sistematización de los trastornos infantiles que han aparecido en las últimas décadas, la clasificación CIE-9 y el DSM-III, sus enfoques,

filosofía, acuerdos y desacuerdos.

En tercer lugar: los caracteres propios de la cultura del período considerado. Los patrones culturales y sociales también cambian, especialmente en lo que se refiere al concepto de desarrollo y crianza de los niños, así como en lo referente a los criterios de normalidad y anormalidad en salud mental en general. Describiremos los cambios habidos en la sociedad española los últimos treinta años y trataremos de mostrar cómo estos cambios sociales intervienen por un lado en la génesis de las alteraciones psiquiátricas infantiles y, por otro, en el surgimiento de nuevas necesidades sociales que se traducen en nuevas demandas en el campo de la salud mental infanto-juvenil.

I.1.2.2 Metodología del Trabajo.

La metodología consistirá en comparar las historias clínicas de psiquiatría infantil en dos períodos anuales, con un intervalo de treinta y cuatro años en un mismo servicio de psiquiatría infanto-juvenil. Se compararán diversas variables extraídas de dichas historias mediante una ficha de recogida de datos.

Dichas variables serán:

- Individuales: edad, sexo, nivel académico.
- Clínicas: derivantes, motivos de consulta, sintomatología psiquiátrica, diagnósticos, antecedentes personales físicos y psíquicos, exploraciones realizadas.
- Familiares: edades de los padres, tipo de familia, número de hermanos, lugar en la fratría, antecedentes familiares psiquiátricos.

- Socio-demográficas: procedencia, estatus socio-económico-cultural de la familia.

Se someterán dichas variables a un tratamiento estadístico con el objeto de realizar:

- Un estudio descriptivo de las variables agrupadas por números totales, intervalos,

frecuencias, medias, desviaciones. Tablas cruzadas entre aquellas variables que del estudio descriptivo resulte importante analizar. Presentaciones gráficas aclaratorias.

- Un estudio comparativo que permita analizar las diferencias que significativamente permitan establecer las características peculiares de cada período anual en cuanto a las variables consideradas. Presentaciones gráficas de aquellas comparaciones que se consideren oportunas.

Por último, se compararán los resultados obtenidos de este estudio con los otros estudios de similares características.

2. HISTORIA DE LA P.I.

I.2

HISTORIA DE LAS IDEAS ACERCA DE LA PSIQUIATRIA INFANTIL.

La historia de la psiquiatría infantil se muestra intrincada debido a las múltiples aportaciones de diferentes campos: pedagogía, psiquiatría, psicología y pediatría. Esta historia comprende tanto las actitudes que se han mantenido hacia el objeto de la misma, es decir el niño, como acerca de su salud mental y su modo de enfermar, incluyendo también los intentos de agrupar los diferentes cuadros que se observaban en la clínica. Todo esto influido y matizado por los intereses sociales que consideraban a la psiquiatría infantil útil para prevenir la enfermedad mental del adulto, la delincuencia y cualquier otro problema que repercutiese negativamente en el individuo y en la sociedad del futuro.

I.2.1

Comienzo del interés científico por el niño.

Es en el S. XIX, en su segunda mitad, cuando empieza el interés científico por el niño (36), es decir, cuando se le empieza a considerar como sujeto con su especificidad y peculiaridades. Anteriormente tenemos algunas "biografías infantiles", como la de Tiedemann en 1787, que eran esbozos de observaciones evolutivas pero sin un propósito clínico. Así también, Ch. Darwin publicó en 1877 sus observaciones acerca de su hijo cuando era un bebé.

Dare, 1985 (42), considera que la psiquiatría del adulto originó a la psiquiatría infantil al darle su marco conceptual y metodológico. Si bien esto es cierto, también lo es que constituyó una rémora para su avance. En efecto, la psiquiatría del adulto dedicaba especial interés a la descripción y ordenación de los tipos de psicosis observadas comúnmente en los hospitales psiquiátricos. Los cuadros psiquiátricos infantiles sólo interesaban a los investigadores cuando parecían corresponder a un diagnóstico contenido en las clasificaciones creadas para los adultos,

porque se le consideraba precursor del cuadro del adulto, sin individualidad propia. Las descripciones con respecto a los niños, se limitaban a las deficiencias mentales agrupándolas por sus diferentes etiologías.

Ni la obra de Kraepelin, su "Lehrbuch", publicado en 1883 por vez primera, ni la obra de Bleuler, ambos textos pioneros en la historia de la psiquiatría, presentan ninguna referencia a la psicopatología en la infancia. En ambos autores sólo aparecen como entidades, la Imbecilidad y la Idiocia. Con esto no hacían sino continuar una historia que se remontaba a Pinel (1745-1826), el cual en su "Traité" de 1801, no sólo, no se ocupaba de la psicopatología infantil, sino que se cuenta de él que desanimó a Itard (1744-1838), pedagogo y médico francés, en su proyecto de educar al niño salvaje encontrado en Aveyron, que era psicótico o autista. No obstante un discípulo de Pinel, Esquirol (1772-1840), dedicó unas pocas de las 1500 páginas de su libro de texto de psiquiatría (1838) a las psicosis funcionales infantiles, interesándose además por la idiocia de la epilepsia infantil.

Pero, no todos los psiquiatras de esta época prestaron tan poca atención a los cuadros psíquicos infantiles. Dentro de estos, los que sí lo hicieron sentaron las bases de nuestros conocimientos actuales acerca de la forma de enfermar de los niños.

I.2.1.1 Pioneros en psiquiatría infantil.

El primero de ellos fue Henry Maudsley, el cual, en su obra "Fisiología y Patología de la mente" (1867), dedica un capítulo a la demencia en la niñez. En esta obra Maudsley no sólo incorpora datos procedentes de la psicopatología, sino también del estudio evolutivo de la infancia. Considera la conducta en términos adaptativos. Para él la locura, es básicamente un fallo en la adaptación del organismo a la naturaleza externa, esto es, el resultado de la

discordancia entre el hombre y su ambiente. En el estudio específico de la desorganización de la inteligencia infantil Maudsley describe tres tipos clínicos: la locura sensorial, donde la alteración radica en la percepción; la locura motora, o cataleptica, que se manifiesta por movimientos coreicos o epiléptiformes y la locura afectiva en la que la alteración afectiva es el síntoma predominante (43).

En Alemania, Wilhelm Griesinger (1817-1868), en su tratado "Patología mental y su tratamiento", escrito en 1845, dedica sendos capítulos a los trastornos mentales de los niños, encontrando que muchos de los trastornos descritos en los adultos aparecen también en los niños, por ejemplo: la manía y la melancolía. Griesinger marcó una nueva era en la conceptualización de la enfermedad mental. Para él, los trastornos psíquicos, aparte de ser variaciones cuantitativas de los estados fisiológicos normales, eran originados por factores internos y externos, causas orgánicas y psicológicas. En sus escritos ya anticipó conceptos de la psicología del yo y de la psiquiatría comunitaria, si bien su enfoque de la psiquiatría fue eminentemente organicista, hasta el punto de combinar la psiquiatría y la clínica neurológica. Además clasificó los trastornos infantiles de forma similar a la de los adultos (132).

En el 1887, se edita el primer libro dedicado íntegramente a la psiquiatría infantil, "Los trastornos psíquicos de los niños". Su autor fue Hermann Emminghaus, y su enfoque era contrario al que consideraba a los cuadros clínicos infantiles formas más o menos atenuadas o precursores de los cuadros psiquiátricos de los adultos (4). Por el contrario, Emminghaus realiza un enfoque de las enfermedades mentales en los niños describiéndolas con sus características propias, distintas a las de los adultos. Su orientación no fue exclusivamente organicista, así en

el caso de las psicosis infantiles, él las dividía en dos grandes grupos: las de causa física, producidas por enfermedades cerebrales y las de causa psicológica producidas por angustia o miedo excesivo. De esta manera se anticipó a concepciones actuales de los investigadores en el campo de las psicosis infantiles (M. Mahler, L. Kanner, B. Bettelheim), los cuales enfatizan un aspecto psicodinámico, aunque no exclusivo, en la génesis de las psicosis infantiles. Emminghaus por otra parte, fue de los primeros en captar las influencias del medio ambiente en el origen y mantenimiento de ciertos trastornos psicopatológicos de la infancia; él valoró debidamente el influjo de la vivienda, la enseñanza, las malas condiciones higiénicas etc. y su repercusión en la delincuencia entre otros problemas. No obstante, el ambiente médico no era propicio para el arraigo de estas ideas y el libro muy pronto cayó en el olvido. Según Harms Ernsts, un historiador citado por A. Selesnick, 1970 (4), "el trabajo de Emminghaus fue uno de los pocos intentos sistemáticos hechos en aquel tiempo de ofrecer una presentación total y diferenciada de la psiquiatría infantil. En este trabajo, los trastornos mentales infantiles eran descritos como no comparables con los de los adultos y sugería que debía establecerse una clara separación al intentar el estudio científico de ambos campos".

Otros autores que contribuyeron al desarrollo de la especialidad fueron: Moreau de Tours (1888), el cual publicó "La locura de los niños". Ireland, que en 1898 publicó un tratado de la especialidad. Mannheimer, que en 1899, en su "Tratado de Psiquiatría infantil", utilizó la expresión psiquiatría infantil por vez primera (36).

Ya en pleno siglo XX, y para concluir con la enumeración de todos aquellos investigadores que escribieron obras específicas relacionadas con la

psiquiatría infantil, tenemos a: Sancte de Sanctis, italiano que en 1925 publicó "Neuropsiquiatría infantil Patológica y Diagnóstica". En este tratado el autor describe la demenia precocísima, a semejanza de la demenia precoz de Kraepelin. Esta descripción, fue un intento de categorización de las psicosis infantiles. Homburger, otro autor, en 1926 da a conocer su "Psicopatología infantil". En 1927 Theodor Ziehen en una revisión de cuanto se sabía o se incluía dentro de la psiquiatría infantil clasifica los estados anímicos patológicos en la infancia en dos categorías: estados anímicos patológicos con lesión y estados anímicos patológicos sin lesión. Entre los primeros incluía defectos congénitos (idiotéz, imbecilidad, debilidad mental) y los adquiridos (formas variadas de la demencia). Entre los defectos sin lesión incluía los estados patológicos funcionales: psicosis y constituciones psicopáticas. Todavía aquí prevalece la idea de lesión, lesión de la inteligencia, que era factible detectar en las pruebas y que era referida tanto al juicio, como a la síntesis, memoria y formación de conceptos (43). Ziehen hizo en su obra una detallada recopilación de los síntomas de todas las enfermedades infantiles con una completísima revisión bibliográfica, pero sin tener en cuenta las peculiaridades del enfermar infantil: inicio, curso, factores ambientales, personalidad, etc. Era una psicopatología lastrada por una concepción organicista y adultiforme. Homburger, en cambio, enfoca su revisión de la psicopatología infantil desde una perspectiva más amplia y aborda el estudio desde la comprensión y el esclarecimiento que dan las diferentes teorías y enfoques conocidos en la época: psicología asociativa, de la "gestalt", caracterología y psicodinámica.

Ya más entrado el siglo XX, en 1935, Leo Kanner editó su famosa "Psiquiatría infantil" (89), libro integrador y ecléctico, que daba una visión global de

lo que entonces se conocía en el campo de la psiquiatría infantil. A Leo Kanner se le debe también la descripción del autismo precoz, cuadro clínico que se independizaba así del magma indiferenciado de las psicosis infantiles. Este cuadro fue descrito por él como "la imposibilidad de estos pacientes para establecer desde el comienzo de su vida conexiones ordinarias con personas y situaciones". A pesar de ser un diagnóstico poco frecuente, Kanner logró reunir 11 casos de su experiencia clínica que presentaban características comunes como para ser incluidos en dicho diagnóstico.

A partir de este momento la psicopatología infantil comienza a experimentar un rápido crecimiento en cuanto a conocimientos y descripciones clínicas. Al principio fueron los trabajos sobre perturbaciones infantiles graves. Al igual que en la psiquiatría del adulto, estos cuadros son la auténtica piedra de toque que estimula, pone en crisis y hace avanzar la investigación sobre las causas y los tratamientos de los mismos. Así, además de la ya mencionada demencia precocísima de Sanctus de Sanctis; la demencia infantil de Heller, el autismo de Kanner; la esquizofrenia infantil de Bender; la psicosis simbiótica de Mahler; la enfermedad de Gilles de la Tourette; la lesión cerebral de Strauss; los trabajos sobre la delincuencia infantil efectuados por Powers, investigaciones todas ellas realizadas en los primeros cuarenta años del siglo XX. De esta forma se describieron toda una amplia serie de trastornos de inicio en la infancia, que poseen una individualidad propia y que configuran un campo específico para la psiquiatría infantil.

I.2.2 La Consolidación de los conocimientos en P.I.

La psiquiatría infantil se consolida, pues, en esta época y a ello contribuye el que cada vez más profesionales y de mayor prestigio, se dediquen a su estudio ampliando el campo de conocimientos.

I.2.2.1 La época de los Tratados.

Posteriormente a los años cuarenta se escriben una serie de libros fundamentales para el avance de la especialidad. Así, tenemos, el "Lehrbuch der allgemeinen kinderpsychiatrie" del suizo Tramer y la "Introduction a la Psychiatrie infantile" de G. Heuyer, que en el 1925 creó la primera cátedra de psiquiatría infantil en París.

I.2.2.2 Interés por la "relación".

Los años cincuenta se caracterizaron por un interés centrado en los problemas relacionales. Así, R. Spitz, (174), destacó la importancia de las primeras relaciones materno-filiales para el normal desarrollo afectivo del niño, describiendo las entidades clínicas del hospitalismo y la depresión anaclítica, todos ellos a consecuencia de haber sido privados los niños de un estímulo y un afecto maternal adecuados. En la misma línea de las relaciones tempranas madre-hijo, investigó J. Bowlby, 1951 (24), describiendo el vínculo materno-filial y las vicisitudes por las que pasa.

Estableció la necesidad de que dicho vínculo fuese lo más fuerte y sano posible ya que de no ser así de ello dependería la futura salud mental del niño. La obra de Bowlby tanto como la de su contemporáneo Spitz, supusieron un cambio de paradigma en el concepto de los trastornos mentales infantiles ya que, sin descartar del todo el aspecto orgánico de algunos de ellos, enfatizaban, como ya lo hizo anteriormente el psicoanálisis de forma especulativa, el aspecto relacional e interactivo de los mismos, abriendo de esta manera un fructífero campo de investigación que aún hoy en día está vigente e incluso da forma a los recientes estudios acerca de los orígenes de la patología afectiva en los adultos (Brow, Parkes, Parker, Henderson, etc.), citado por Wolkind & Rutter, 1985 (199).

I.2.3Aportaciones del Psicoanálisis.

Aunque S. Freud dio a conocer sus trabajos sobre la sexualidad infantil a comienzos del S.XX, concretamente en 1905; en su obra "Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad", su aplicación clínica no tuvo lugar hasta bien entrado el S.XX. Hasta el descubrimiento por parte de Freud de la importancia de las fases iniciales del psiquismo infantil en el desarrollo de la personalidad y en la génesis de las neurosis en traumas o fijaciones a dichas fases así como a impulsos reprimidos en la infancia. Hasta ese momento, decíamos, la psiquiatría infantil adolecía de un cierto nihilismo terapéutico y estaba abocada a describir cuadros degenerativos demenciales y psicosis y a intentar reeducar oligofrenias. El psicoanálisis acabó con el pesimismo terapéutico y abrió un campo prometedor para el estudio de las causas y el probable tratamiento de los trastornos neuróticos de polimorfa sintomatología y de los problemas de conducta tanto en el niño como en el adulto (72).

La primera en aplicar los principios del psicoanálisis al conocimiento del mundo mental infantil fue la psicoanalista vienesa H. Von Hug-Hellmuth, quien en 1919, utilizando la técnica del juego, forma esta por medio de la cual el niño se expresaba naturalmente. A pesar de lo innovador del método lo cierto es que no aportó demasiado al conocimiento de la psicopatología infantil en su aspecto teórico. M. Klein (1882-1960), utilizando el mismo método aproximadamente, extrapoló los conceptos de Freud a los primeros años de la vida del niño y consideró la neurosis infantil como manifestación clínica de la dificultad y a veces la imposibilidad, para movilizar las agresiones que experimenta el niño contra el medio, es decir, la madre y contra él mismo. Klein describió también etapas más precoces aún que las de Freud en el desarrollo psicoafectivo del niño, etapas en las que el

niño podía quedarse fijado y esto ocurrido causar patología (97).

Otra notable psicoanalista fue Anna Freud (1895-1980), que escribió un libro, "Lo normal y lo patológico en el niño", en el que consideraba los trastornos infantiles como formas y modos de perturbación del proceso de desarrollo, entendiendo éste como la maduración, en lo que ella llamó específicamente líneas de desarrollo y que suponen el resultado de la interacción entre el desarrollo, de los impulsos y el desarrollo del 'yo, del superyó y de sus reacciones frente a las influencias del medio, es decir, entre los procesos de maduración, adaptación y estructuración. Ejemplos de líneas de desarrollo serían: dependencia-autosuficiencia emocional; lactancia-alimentación racional; incontinencia-control de esfínteres, etc. Posteriormente y en base a un perfil diagnóstico que contiene datos de naturaleza dinámica, genética, económica, estructural y de adaptación, elaborará unos diagnósticos de índole clínica (58):

- Variación normal, cuando a pesar de los trastornos manifiestos de la conducta diaria, el crecimiento de la personalidad entra dentro del amplio rango de la normalidad.

- Síntomas transitorios, que son productos secundarios de las tensiones del desarrollo."

- Neurosis infantiles, trastornos del carácter, regresiones permanentes de los impulsos hacia puntos de fijación que llevan a un conflicto neurótico.

- Infantilismos, estados psicóticos límites, delincuencia o psicosis, cuando se dan regresiones de los impulsos como en el caso anterior más regresiones simultáneas del yo y del superyó.

- Personalidades retardadas, defectuosas y atípicas, cuando existen unas deficiencias orgánicas primarias o unas privaciones tempranas que distorsionan el desarrollo y la estructuración.

- Interrupción del crecimiento mental, cuando existen procesos destructivos (de origen orgánico, tóxico o psíquico, conocidos o desconocidos) que han interrumpido el proceso mental o están a punto de hacerlo.

I.2.4

Las Escuelas del Desarrollo.

Hubo otros autores que dedicaron sus trabajos a estudiar y a describir las fases del desarrollo del niño, contribuyendo de esta manera, al conocimiento del desarrollo humano normal. Estos fueron los que sentaron las bases de la Psicología evolutiva, que permitía comparar el desarrollo del niño normal con el del enfermo. Entre estos tenemos a Arnold Gesell (1880-1961), quien contribuyó en gran manera al estudio del desarrollo normal al elaborar unas etapas y pautas normales a través de los estudios del comportamiento individual de una extensa población infantil abarcando la totalidad de las áreas posibles de desarrollo: la motora, la verbal, la moral, la intelectual, la afectiva y la social. En todo su estudio destaca un punto de vista más biológico que ambiental (63).

En lo que respecta a la investigación específica del desarrollo mental, se la debemos a Jean Piaget (1896-1980), que describió cuatro períodos en el desarrollo de la inteligencia: sensoriomotor, preoperacional, operativo concreto, operativo formal (146). Su método fue de observación y experimental y consistió en someter al niño a unos experimentos de laboratorio diseñados por él y su equipo con el objeto de observar las conductas y las soluciones a los problemas que ellos planteaban a los niños. Henri Wallon (1897-1962), cuyo método fue el de confrontar el desarrollo del niño normal con el del enfermo, para ello se basó en la psicopatología. Wallon, consideraba que el problema psicopatológico fundamental era una perturbación íntima de la conciencia, la cual es el

centro de control y de la capacidad de conducción personales de acuerdo con los datos de la experiencia. Según esto se establecía una dialéctica entre el ser y el medio modificándose mutuamente. Para él cualquier formulación alusiva a la psicogénesis implica necesariamente que se consideren aspectos de la herencia biológica y social del hombre. Es en este proceso donde se constituye o se perturba el carácter y donde, en un contexto terapéutico, se puede guiar la formación del carácter del niño y comprender sus trastornos para remediarlos (187).

Todos estos autores han sido fundamentales para establecer una psicopatología evolutiva, al sentar las bases de lo que debe considerarse normal o previsible en una determinada edad, en comparación con la desviación o el estancamiento. De esta manera algunos, basándose en estos criterios evolutivos, han desarrollado ~~una psicopatología evolutiva~~ en la que se propone un orden de aparición de las patologías coherente con las características de los periodos evolutivos previamente descritos en las diferentes teorías. Anthony, 1970 (10), Greenspan, 1981 (11).

I.2.5 Cambio de Paradigma médico-Kraepeliniano.

El psicoanálisis fue importante en la historia de la psiquiatría infantil, además de en la del adulto, por varios motivos, siendo los más importantes:

- La puesta en crisis del sistema nosológico psiquiátrico basado en un modelo médico de tiempos de Kraepelin. Esto ocurrió porque el psicoanálisis borró las barreras entre lo normal y lo patológico, al enfatizar lo que de patológico tienen las conductas aparentemente normales y al considerar un "continuum" lo normal, lo neurótico y lo psicótico.

- El psicoanálisis también supuso un cambio en cuanto a la conceptualización de la etiopatogenia de los trastornos mentales. Aunque algunos habían ya

sugerido una base psicopatogénica para el origen de los trastornos mentales, el psicoanálisis pareció confirmarlo.

- El psicoanálisis aportó además un modelo unitario explicativo de las fases evolutivas del desarrollo de la personalidad al mismo tiempo que una teoría psicopatogénica relacionada con dichas fases. Y esto incluso para los problemas tradicionalmente considerados como orgánicos, i.e. psicosis.

- Puso en entredicho el modelo anatomoclínico que buscaba una base exclusivamente anatómica o fisiológica para el trastorno mental, puesto que enfatizaba más la dimensión conflictiva y relacional de la patología mental, así como la historia del sujeto.

- El psicoanálisis rompió al fin con el nihilismo terapéutico y aunque los tratamientos psicoanalíticos puros no fuesen aplicables al niño, estimuló la búsqueda de nuevos abordajes terapéuticos de base psicológica (109).

I.2.6

Las Clínicas de Orientación Infantil y la "Higiene Mental".

Otro de los movimientos que originaron a la psiquiatría infantil, según Dare, 1985 (42), fue el de las "Clínicas de Orientación Infantil". (Child Guidance Clinics). Su origen hay que buscarlo por un lado en la pediatría y en la psicometría que marcaban las diferencias individuales en los niños, y en el movimiento de "Higiene Mental" que introducido por A. Meyer en EE.UU., trataba de aplicar los principios de la medicina preventiva a la salud mental. Estas instituciones tuvieron su origen en el problema social que constituía la delincuencia infantil y juvenil. La historia de las "Clínicas para el estudio de la infancia", "de Orientación infantil", "de conducta", los "Institutos para las psicopatías juveniles", etc., son realizaciones prácticas del "Movimiento de Protección de la Infancia". Este contó con varias figuras

señeras. Además del ya mencionado Adolf Meyer, que junto con Clifford Beers y W. James, fueron los fundadores en 1909 del "Movimiento de Higiene Mental" en Norteamérica, del que se derivó ese mismo año el "Movimiento de protección infantil". Tenemos a Willian Healy que fue comisionado por el filántropo W.F. Dummer para que estudiase lo que se había hecho en este país para investigar las causas y prevención de la delincuencia, encontrando solamente dos clínicas en todo el país que tenían la misión exclusiva de administrar pruebas mentales a los niños. Ante tal penuria, la esposa del filántropo auspició un centro de investigación, el "Instituto Psicopático Juvenil", bajo la dirección del propio Healy. Este publicó seis años más tarde su estudio "The individual delinquent; a textbook of diagnosis and prognosis", en el que exponía las raíces socioeconómicas de la delincuencia. También publicó un libro que mantenía la tesis de que las causas de la delincuencia eran múltiples: degeneraciones debidas a genes alterados, mentalidades defectuosas (4). Desde 1909, en que Healy es nombrado director del Instituto Psicopático, hay un cambio de mentalidad por parte de la sociedad en cuanto a la consideración de la delincuencia y los delitos juveniles. Antes el niño delincuente era llevado a tribunales de adultos recibiendo el mismo trato que aquellos. Ahora, y como resultado de los estudios sobre la delincuencia infanto-juvenil efectuados por Healy y otros, los juicios se realizan sin jurado en una atmósfera menos formal e impresionante y los psiquiatras y psicólogos son consultados para saber por qué causa delinquían esos niños.

Todos estos cambios ocurrían en el primer decenio del S. XX, etapa que L. Kanner (89) denominó la de pensar en los niños. De 1915 a 1921, se pasó a la de qué hacer por los niños. En esta etapa, segundo decenio, se va incrementando el número de Clínicas de

Conducta por todo el país, y su labor se extiende a los niños con otra clase de problemas. En lo que respecta a los niños delincuentes, se instaura la libertad, siempre y cuando estén supervisados por un adulto que se encargue de cuidarlo y ayudarlo a lograr una adaptación más sana dentro de la sociedad, así como a no recibir la influencia, si era el caso, de una familia patológica, o de la pandilla a la que antes pertenecía.

En esta época se crean asimismo, las "Casas de Crianza", hogares sustitutos para niños con mal ambiente familiar. También, por extensión, el movimiento de interés por el niño delincuente influyó en los sistemas educativos, creándose por aquel entonces "Escuelas Especiales" para niños con dificultades de aprendizaje o con bajo coeficiente intelectual.

Como se puede observar, la atención se desvió del niño delincuente a los niños aparentemente normales, la higiene mental no era sólo para los problemas mentales y la delincuencia sino que ahora tenía como objetivo los problemas cotidianos del niño común, como los definió Thom en 1928. Ampliando su horizonte, la Higiene Mental, a partir del 1920, ofreció sus servicios preventivos a la comunidad. En 1921 y dirigida por Thom, se inaugura en Boston la primera Clínica de Orientación Infantil, que fue seguida por la creación de otras Clínicas en numerosas ciudades estadounidenses, alcanzando en los años 30 el número de 500. Las Clínicas de Orientación cambiaron el paradigma de la enfermedad mental infantil hasta el punto de que L.Kanner (89) escribió "Las Clínicas de Orientación Infantil contribuyeron eficazmente a la interpretación y el tratamiento de la personalidad infantil. A la psicometría y la experimentación operativa y protectora se añadió la investigación de las relaciones interpersonales, tanto en el hogar como en la escuela, como factores causales. La conducta de los niños

comenzó a relacionarse con la actitud de los padres y los maestros, actitud que se tenía en cuenta a la hora de los tratamientos....".

Se descubrió que las conductas que antes se juzgaban "malas", siendo inexplicables e incomprensibles, eran reacciones de los niños contra las actitudes que mostraban hacia ellos los adultos.

I.2.6.1 El enfoque Bio-psico-social.

El movimiento de Higiene Mental contribuyó a un cambio de mentalidad respecto a la salud mental infantil por varios motivos:

- Al intentar comprender la personalidad del niño antisocial, se cultivaba un aspecto nuevo de la psiquiatría infantil. En un principio esta se proyectaba hacia los problemas más marcadamente orgánicos, oligofrenias, psicosis, es decir, trastornos mentales graves, ahora lo hace hacia problemas menos orgánicos y más socio-ambientales, la delincuencia, hasta llegar por fin a plantearse al niño aparentemente normal con un afán preventivo y tratando de incidir en sus relaciones más cercanas, padres y educadores.

- La índole de los nuevos problemas exige una colaboración interdisciplinar, un equipo de diversos profesionales, médicos, psicólogos, asistentes sociales, que con sus distintos puntos de vista enriquecen la comprensión de una mayor gama de problemas.

- Las actividades de estos profesionales se ejecutan en centros más especializados que no existían antes, Clínicas de Orientación Infantil por ejemplo, con una implantación en la Comunidad y con un enfoque más amplio en sus planteamientos terapéuticos.

- Este movimiento sustituye, en lo que a la delincuencia se refiere, al concepto más fatalista de considerarla causada por unos genes degenerados o una incapacidad mental sobre la que no se puede actuar eficazmente, posibilitando los estudios sociales, psicológicos y clínicos y las terapias de naturaleza

socio-ambiental que junto con el psicoanálisis enriquecieron el conjunto de tratamientos aplicables en psiquiatría infantil (72).

I.2.7 Aportaciones actuales.

En las últimas décadas del S. XX, la psiquiatría infantil ha experimentado considerables avances y se ha enriquecido con las aportaciones de otras disciplinas. Como hemos ido viendo, en los años cuarenta el interés se centró en las perturbaciones infantiles graves (lesiones cerebrales, esquizofrenia) así como en las conductas antisociales como la delincuencia. Los años cincuenta dedicaron más atención a los problemas relacionales, carencias afectivas precoces, trastornos del vínculo y enfoques dinámicos de las psicosis infantiles.

I.2.7.1 Surge el Paradigma de la conducta.

Los años sesenta contemplaron una auténtica eclosión en la producción de literatura y en la investigación. Los temas más frecuentemente reseñados eran: las perturbaciones del aprendizaje en niños sin lesiones orgánicas aparentes. Basados en los trabajos de J.B. Watson (1878-1958), se aplicaron los tratamientos de la conducta a todo tipo de desadaptaciones infantiles. En efecto, Watson, en 1913, basándose en los trabajos previos que sobre estímulos condicionados habían efectuado en animales Bekhtarev, Pavlov y Thorndike, construyó una vasta teoría psicológica centrada en la idea de la conducta entendida como un sistema de hábito o conexiones adquiridas entre estímulos y respuestas. Según este investigador, habría unas estructuras básicas de respuesta sobre las que se aprenderían todas las demás conductas. Entre las cosas que pueden ser aprendidas están las conductas patológicas; en especial los temores infantiles, Jones, Watson, Rainer, (189). Aunque también se pueden aprender conductas más complicadas, e incluso, según estos autores, la personalidad patológica podría

corresponder a pautas de aprendizaje, al igual que los problemas psicosomáticos. Estas investigaciones supusieron un avance importantísimo en cuanto a la consideración de la conducta en sí misma sin depender de variables mentales u orgánicas. También proporcionó instrumentos útiles para el tratamiento de una considerable gama de trastornos. Otro autor que contribuyó en la misma línea fue: J. Wolpe (1958), con su terapia de inhibición recíproca, la cual inhibiría la ansiedad al reforzarse las respuestas no ansiosas en presencia de estímulos provocadores de ansiedad (200).

I.2.7.2 Surge el enfoque Sistémico.

Los años setenta, además de por los tratados de psiquiatría infantil como los de Ajuriaguerra, Ross, Chess, se caracterizaron por el surgimiento del enfoque familiar sistémico, nueva forma de entender la aparición de la patología como un subproducto de una estructura familiar anómala y de unas pautas comunicacionales alteradas. La pionera de este enfoque fue Selvini Palazzoli (1970), la cual, después de muchos años de terapia individual con pacientes anoréxicas nerviosas, llegó a la conclusión de que esta patología era producida por un patrón familiar de funcionamiento que ella denominó sistema homeostático rígido, utilizando la terminología de la ~~"Teoría General de los Sistemas"~~ de Von Bertalanffy (1950) y aplicada en sus orígenes a la Biología. Palazzoli, 1973 (170), comenzó a utilizar un enfoque sistémico familiar en sus terapias consiguiendo más éxitos que con el enfoque individual. En EE.UU. Minuchin (130) y sus colaboradores en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, también trabajaron en esta línea, aunque con diferentes metodologías.

Este enfoque familiar sistémico fue importante porque amplió el campo de la comprensión de los fenómenos patológicos y el de las intervenciones terapéuticas. Todo esto fue debido al cambio que

supuso el pasar de centrarse en el individuo como enfermo a considerar a todo el sistema familiar como alterado, y al paciente como el depositario y emergente de las contradicciones del mismo.

Gracias a este enfoque sistémico, se consideró a la enfermedad mental en un contexto más amplio o, dicho de otra forma, más ecológico, ya que contemplaba simultáneamente al individuo, a la familia y a la sociedad, Maluccio, Fein, Olmstead, 1986 (116).

Más recientemente, ya en los años 80, vemos coexistir todos los enfoques antedichos, aunque con desarrollos y aplicaciones más extensos. En esta época se puede decir que se han consolidado teóricamente las aportaciones de épocas precedentes, restando solamente su confirmación en la práctica clínica con estudios evaluativos más rigurosos.

I.2.7.3 Las Clasificaciones.

En el terreno psicopatológico clínico, los años 80 han sido la época en que han visto la luz las clasificaciones multiaxiales: DSM-III y DSM-III-R, hechas con criterios operativos, las cuales serán descritas más extensamente en otro apartado de este trabajo. Estas clasificaciones reflejan el interés que se tiene por fijar, con criterios seguros y prácticos, los cuadros clínicos dispersos por un sin fin de clasificaciones idiosincrásicas de la numerosas escuelas psicopatológicas. Al mismo tiempo se han tratado de precisar más los síndromes clínicos por medio de métodos estadísticos sofisticados (multivarianza y "cluster"), Achenbach, 1966, 1973, 1985 (1).

3. HISTORIA DE LA P.I. EN ESPAÑA

I.3 HISTORIA DE LA PSQUIATRIA INFANTIL EN ESPAÑA.

I.3.1 Los Comienzos. S. XIX-XX.

El interés por la psicopatología infantil en España, viene de la mano de la pediatría, pedagogía, psiquiatría y psicología y se remonta a finales del S. XIX y principios del XX. Esta fue una época en todos los países en la que por influjo de los movimientos de Higiene en general y de Higiene mental en particular, se manifestó un desusado interés por el niño, en sus aspectos de protección de la infancia desvalida y del tratamiento de los anormales. En efecto, por lo que respecta a la pediatría, especialidad que hasta ese momento había sido ancilar de la tocoginecología, se crea la primera cátedra independiente en la Universidad madrileña, regentada por el profesor Criado Aguilar. A esta le secundarían las de Barcelona, Valencia y Granada. Paralelamente se fundarían centros asistenciales como el Hospital del Niño Jesús en Madrid.

La pedagogía también tuvo su parte en cuanto al intento de educar a los anormales, es decir, aquellos niños que no se adaptaban a la escolaridad obligatoria o que se encontraban camino de la delincuencia.

En el año 1907 se edita por vez primera la revista *La Infancia anormal*, cuyos contenidos eran de neuropsiquiatría infantil, médico-pedagogía e higiene escolar. Su fundador, el maestro, Francisco Pereira, creó en Madrid el primer sanatorio-escuela para niños mentalmente anormales, el cual se denominó: Instituto Psiquiátrico-pedagógico para niños, niñas y jóvenes anormales mentales, psiconóticos o difíciles. En aquella época, hemos de aclarar, no estaban demasiado delimitados los campos de la neurología, la psiquiatría, la pedagogía y la psicología (162).

I.3.2 El Dr. G. Lafora, la Escuela Madrileña.

La figura más destacada de este período es sin duda el Dr. Gonzalo Lafora, cuya actividad polifacéti-

ca en los campos de la neurología, la medicina social, la educación y las ciencias jurídicas, no le impidieron desarrollar una actividad asistencial y científica en el campo de la psiquiatría infantil (51).

En 1917 se publica por vez primera su obra *Los niños mentalmente anormales*. Con ella pretendió poner a la altura de los tiempos la pado-psiquiatría y la pedagogía terapéutica. Según A. Escolano, 1987 (51), las contribuciones de dicha obra en el plano teórico y conceptual fueron:

- El intento de fundamentar una psiquiatría infantil con categorías conceptuales diferenciadas de las de la psiquiatría adulta, sobre todo, en cuanto a los criterios diagnósticos y a los tratamientos de orientación más pedagógica.

- Una utilización ecléctica, en cuanto a la combinación de criterios científicos extraídos de escuelas y corrientes diversas: análisis kraepelinianos, psicología genética y algunas explicaciones psicoanalíticas.

- El enfoque interdisciplinar e integrador, apareciendo como un defensor de la especialización técnica de todos los profesionales que intervienen en el diagnóstico y tratamiento educativo de los anormales en un intento de convergencia de médicos psiquiatras y psicólogos.

El Dr. Lafora prestó también atención a la psicometría, en efecto, Binet fue el autor más citado en su obra, y en la edición de 1933 incorporó las pruebas de Terman, la modificación del test de Rosso-lino, el test de Rorschach y diversas técnicas de exploración del carácter.

Pero en este aspecto teórico, el gran esfuerzo de Lafora consistió en establecer simultáneamente una etiología y una sintomatología de la anormalidad infantil que le permitiera elaborar clasificaciones precisas y en consecuencia propuestas terapéuticas

correctoras.

Lafora distinguió dos tipos de causas de la anormalidad infantil: las hereditarias (familiares y congénitas) y las extrínsecas, o del ambiente. Dentro del primer grupo las que más actúan congénitamente son el alcoholismo, la sífilis, las neuropatías, las tuberculosis y los trastornos endocrinos. Entre las causas externas figuran: las influencias nocivas del medio, la mala educación, la miseria, los malos ejemplos, el abandono, las intoxicaciones (alcohol, etc.). Todas estas causas según Lafora, contribuyeron a producir un retraso mental en aquellos niños con ligera predisposición congénita o hereditaria. En los niños sin esta predisposición no ocasionan más que deficiencia moral. Sigue vigente, pues, en el pensamiento de Lafora el concepto de degeneración, el cual explica su interés por la eugenesia y por mejorar las condiciones de vida de los niños y elevar la calidad de su educación (51).

I.3.3

El Dr. Mira y López, la Escuela Catalana.

Otra gran figura de la psiquiatría de la época fue el Dr. Emilio Mira y López, profesor de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Este estaba rodeado de una serie de médicos y psicólogos profundamente interesados en la psiquiatría infantil. Así, entre otros, podríamos mencionar a: Jerónimo Mora, el cual intentó divulgar las teorías de Freud sobre la sexualidad en los niños, escribió además, El niño anormal, que vino a ampliar y actualizar el libro de Lafora. Alfredo Strauss, alemán emigrado de la Alemania nazi, quien, en colaboración con Mira, fundó en 1935 el Instituto de observación infantil La Sageta.

Los intereses de Mira estaban centrados en la psicología en sus aspectos experimentales y en el psicoanálisis, del cual fue un divulgador. Sin embargo, no descuidó ninguna de las ciencias relacionadas

con la psicología. El fue el que auspició y prologó el libro *Manual de Psicología del niño*, obra editada en 1931 en inglés por el Prof. Murchison, 1935 (136) de la Universidad de Clark (EE.UU.) y que contaba con la colaboración de figuras que han llegado a ser fundamentales en el desarrollo de la psiquiatría y psicología infantil: Ch. Buhler, A. Gessell, J. Piaget, K. Lewin, R. Pinter, L. Terman, F. Goodenough, C. Pratt, Carmichael, Vernon Jones, D. McCarthy, M. Mead y P. Blanchard. Este libro trataba en profundidad todos los temas que en aquella época interesaban en cuanto a fisiología y comportamiento fetal, desarrollo de la conducta postnatal, desarrollo evolutivo de los niños en diversas áreas, factores que intervienen en la conducta del niño y estudio de grupos especiales de niños (deficientes, desadaptados, adolescentes, niños de culturas primitivas). Su orientación, pragmática, experimental y funcionalista, supuso un cambio en el paradigma hasta entonces imperante en EE.UU.: el psicoanálisis, abriendo el campo a una psiquiatría más centrada en la observación empírica y en el experimento.

El hecho de que esta obra fuese traducida casi simultáneamente a su publicación en inglés al castellano, (1935), nos indica el alto nivel que mantenía la llamada escuela catalana de psiquiatría, y por extensión nuestro país, así como su puesta al día en los últimos avances de la psiquiatría y psicología infanto-juvenil. Mira López emprendió asimismo una amplia labor docente en el campo que nos ocupa. En esta época se fundaron revistas tales como: *Archivos de Neurobiología* y la *Revista de Psicología y Pedagogía de Madrid*, todas en colaboración con Gonzalo Lafora, Mira López y Sacristán. Entre los años 1920 y 1936, intervalo en el cual funcionó la revista *Archivos de Neurobiología*, se publicaron 18 artículos dedicados a psicología y psicopatología infantil,

predominando los temas de las psicosis y las esquizofrenias infantiles; el Dr. Vázquez publicó las "Primeras estadísticas de un servicio de psiquiatría escolar" (36).

Merece especial mención la figura del Dr. Escardó que en los años 30 estuvo al frente del primer Dispensario de Higiene Mental en la Dehesa de la Villa, siendo considerado un pionero en Salud Mental, interesándose en esta fecha y posteriormente por planear actividades de salud mental en general y específicamente en niños, alcohólicos, epilépticos, etc. (163).

I.3.4

Ideologías psiquiátricas en este período.

Como corrientes de pensamiento que influyeron en este período, podemos destacar según A. Escolano, 1987 (51):

- El movimiento de la paidología creado por Chrisman en 1926, el cual pretendía reunir en una única disciplina todos aquellos conocimientos que sobre el niño se hallaban dispersos en varias de ellas y que fue divulgada entre nosotros por Domingo Barnés, 1932 (13).

- Las nuevas orientaciones de la psicopedagogía y de la pedagogía terapéutica en sus diferentes escuelas: francesa (Binet, Simón); suiza (Claparède); italiana (DeSantis, Montessori) y belga (Decroly), cuyas aportaciones fueron: un avance en la higiene escolar, fomento de las investigaciones psicogenéticas, avance de la experimentación en psicología infantil, la ortopedagogía, las clases especiales para anormales anexionadas a las clases ordinarias, el movimiento de "la escuela nueva".

- El pragmatismo funcionalista de la escuela americana traducido en la llamada "escuela progresiva" (Dewey), la psicología y paidología científicas (S. Hall), el experimentalismo y la psicometría (Terman) y las clínicas psicológicas.

- La Institución Libre de Enseñanza en nuestro

país.

I.3.5

Conclusión de este período.

En resumen, la tendencia dominante fue la del funcionalismo positivista en los ámbitos de la psicología evolutiva y de la psicopedagogía. Y las conclusiones que se pueden sacar de este período 1900-1936 serían:

- Los investigadores en esta época están totalmente a favor de la psiquiatría alemana del momento, siendo especialmente partidarios de Kraepelin, hacia quien sentían un profundo respeto.

- Se encuentran al mismo tiempo bajo la poderosa influencia de Cajal, quien va a dar un gran impulso a la psiquiatría organicista y neurológica.

- Los campos de la neurología, psiquiatría y psicología, todavía no están bien delimitados en este período.

- Hay un interés generalizado por los problemas infantiles, especialmente por la infancia anormal, los aspectos pedagógicos y la delincuencia.

- La postura que prevalece es la de elevar la condición moral y cultural del pueblo, (regeneracionismo), para prevenir el desarrollo de anormalidades.

- Los puntos de vista teóricos son eclécticos, asumiendo los análisis de la psiquiatría clínica, el psicoanálisis, sin desprestigiar las aportaciones del método experimental y la psicometría en psicología, así como las descripciones del funcionalismo evolutivo.

- Las figuras señeras de la psiquiatría en este período tienen un compromiso político definido que les hace incluso someter a los gobiernos sus planes higiénico-preventivos e influir en la legislación de su época, (162), (51).

I.3.6

La P.I. en España después de la Guerra Civil.

La guerra civil española, 1936-1939, dio al traste con todos los proyectos científicos, entre los

cuales se incluían los referidos a la psiquiatría infantil. Figuras tan fundamentales como Mira y López, tuvieron que suspender sus trabajos y publicaciones y emigrar al extranjero donde muchos, como Mira, terminaron sus días. A otros se les desposeyó de sus cátedras y puestos y ya no rehicieron sus vidas científicas, como en el caso de Gonzalo Lafora (106).

Según Cobo Medina, 1983 (36), "nada hizo el Estado, ni antes ni después de la guerra civil española, en pro de los niños anormales". Tampoco hubo un marco de referencia científico en lo que respecta a la anormalidad psíquica infantil hasta que se fundara el 3 de Mayo de 1952, en Barcelona, la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil impulsada por los doctores: Córdoba, Moragas, Vazquez Velasco, Solé Sagarra y Folch Camarasa. Esta sociedad celebraba una reunión anual con ponencias y mesas redondas alrededor de un tema monográfico. El pasar revista a los temas tratados en el período que nos ocupa (1950-1960) nos dará una idea de por dónde iban las preocupaciones en psiquiatría infantil en aquella época (72).

- 1952. Las encefalopatías infantiles y sus secuelas.

- 1953. La asistencia al niño abandonado.

- 1954. El problema de las convulsiones en la infancia.

- 1955. La psicogénesis de los trastornos de conducta.

- 1956. El desarrollo neurológico y psíquico del niño.

- 1958. Las encefalitis y sus secuelas.

- 1959. Las enuresis.

Como se puede apreciar, la mayor parte de los temas son de orientación marcadamente neurológica y organicista, al menos en este período, Cobo Medina (36).

I.3.7 El Servicio de P.I. del H. Clínico de Madrid.

El Servicio de psiquiatría infantil se creó en Madrid alrededor del año 1951, dependiendo de la Cátedra de psiquiatría del Hospital Clínico Universi-

tario de San Carlos en Madrid sito en aquella época en la calle de Atocha (143). El catedrático era el Prof. Dr. A. Vallejo Nájera. La sección estaba a cargo de la Dra. Susana Pertejo, la cual contaba con varios médicos colaboradores que eran psiquiatras en formación. Asimismo, se contaba con un departamento de psicología clínica para las evaluaciones psicométricas o de otro tipo. En esta sección de psiquiatría infantil estaban preocupados principalmente por los trastornos psicológicos, de desarrollo y del comportamiento producidos por las encefalopatías perinatales, en especial la parálisis cerebral, generalmente de causa obstétrica.

Este servicio era hospitalario, aunque atendían ambulatoriamente a pacientes procedentes de cualquier punto de la geografía española, (143). La descripción del tipo de pacientes que se atendieron en el año 1955 es objeto de análisis más adelante.

I.3.7.1 El Servicio en los años 60.

Este mismo servicio, en la década de los 60, se convierte en un Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, dependiente de la Cátedra de psiquiatría del Hospital Clínico, regentada en esta fecha por el Prof. Dr. Juan José López Ibor. Estaba al frente de la sección de psiquiatría infantil el Dr. Muñagorri. Los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica fueron creados dentro del intento de reorganización, planificación y reforma asistencial que supuso la creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) en el año 1955, para atajar en el caso de los niños, el grave problema social que suponía la subnormalidad. Sus funciones eran:

- El diagnóstico polidimensional basado en el estudio clínico, psicológico y social.
- La orientación a la familia en cuanto al tratamiento médico, educativo, rehabilitador a seguir.
- El consejo a la familia, tratando de influir

con todo ello en sus actitudes hacia el subnormal. (171).

Según Enrique Muñoz, 1970 (49), "el PANAP emprendió una laudable tarea de orientación y formación de médicos y enfermeras inédita en nuestro país, aunque inadecuada a las necesidades. Por orden del 27 de Diciembre de 1966, el Ministerio de la Gobernación facultaba al PANAP para convocar diversos seminarios sobre psiquiatría infantil, e higiene mental entre otros, así como cursos de formación para personal que trabajaba con pacientes psiquiátricos".

I.3.7.2 El Servicio en los años 70.

En los años 70, la sección de psiquiatría infantil siguió siendo un Centro de Diagnóstico dependiente del PANAP y dirigido en esta ocasión por el Dr. Molina. Su función como la de casi todos estos Centros de Orientación, consistió en determinar los Coeficientes Intelectuales de los sujetos supuestamente deficientes a fin de que recibieran las subvenciones de 1500 a 3000 pts. que proporcionaba la Seguridad Social por minusvalía. La mayor parte de los niños vistos eran deficientes con problemas sensoriales y epilépticos (12).

Al extinguirse el PANAP en el año 1974, este Centro de Diagnóstico pasó a depender del organismo Administración Institucional de la Sanidad Nacional, AISNA dependiente del Ministerio de Sanidad, pero siguieron con la misma orientación asistencial y esquema de trabajo: evaluar los Coeficientes Intelectuales para las subvenciones oficiales. En estas fechas la dotación de personal eran dos psiquiatras, un psicólogo y una asistente social.

I.3.7.3 El Servicio en los años 80.

Bien entrados los años 80, todos los Centros del AISNA, pasaron a depender de los Servicios Asistenciales de Comunidad Autónoma de Madrid, convirtiéndose en Centros de Salud Mental. El que nos ocupa se convirtió

en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil desde 1983 y aunque no cambió su dotación de personal ni su ubicación, sí cambió su filosofía asistencial hasta el momento. Actualmente el coordinador del equipo constituido por dos psiquiatras, dos psicólogas, un asistente social, una ATS y una secretaria es el Dr. Ignacio Avellanosa. Funciona como un centro ambulatorio y de interconsulta hospitalaria en estrecha relación con la Cátedra de Psiquiatría dirigida por el Prof. Dr. D. F. Alonso-Fernández. La patología que atiende anualmente, será analizada posteriormente en el curso de este trabajo.

I.3.8 Otras aportaciones en este período.

Llama la atención después del auge que adquirieron las ciencias del niño, incluida la psiquiatría infantil, en las décadas anteriores a la guerra civil española, la situación que se vivió en los años cercanos a la misma y aún en décadas posteriores. Según Cobo Medina (36), poco se hizo oficialmente por los niños anormales ni antes ni después de la guerra civil. A nivel asistencial, sin plan concertado, surgieron centros e internados de tipo asilar, benéficos o privados. En el ámbito investigador, se creó la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil en el 1952, que se limitó, según este autor, a unas reuniones anuales y a editar una revista de poca duración sin incidir considerablemente en el desarrollo de la especialidad de psiquiatría infantil. En 1968 se creó la Asociación Española para el Estudio científico del Retraso Mental, vinculada al Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica, con miembros procedentes de diversos campos. En 1972, se propuso la creación de la Sección de psiquiatría infantil de la Asociación Española de Pediatría, siendo una realidad en 1978. Aunque es principalmente pediátrica, sus miembros pueden ser otros profesionales interesados en la salud mental infantil. Prácticamente, según este autor, en estos

últimos 45 años no han existido publicaciones periódicas de psiquiatría infantil, exceptuando los *Rapports de Psychologie y Psychiatrie Pédiatrique*, de marcado interés divulgativo, pero que duraron sólo diez años. En 1980 se publicó una *Psiquiatrie Infanto-Juvenile* dirigida por P. J. Mendiguchía Quijada (126) y con diversas aportaciones de otros profesionales españoles.

Los avances que experimentaron las ciencias que consideraban al niño como objeto de estudio (psicometría, psicopedagogía, psicología evolutiva, etc.) se vieron frenadas bruscamente en nuestro país después de la guerra civil, mientras que en otros países siguieron desarrollándose con considerable interés.

4. MODELOS PARADIGMAS

I.4

MODELOS Y PARADIGMAS EN PSIQUIATRIA INFANTIL.

I.4.1

Formas de conceptualizar la Historia de la Psiquiatría.

La historia de cualquier rama de conocimiento se puede enfocar de dos modos diferentes:

El primero sería el llamado Crónico-Descriptivo, el cual describe la evolución de dicho conocimiento enmarcada en un cuadro cronológico. De este modo la Psiquiatría es dibujada en su trascurso temporal a través de los diferentes períodos históricos, usando como hitos ciertos acontecimientos fundamentales. El enfoque pues estaría en el encadenamiento cronológico de acontecimientos. Tal sería el enfoque de las "Historias de la Psiquiatría" que, como la de P. G. Alexander y Sh. T. Selesnick, divide ésta en los períodos: Antiguo, Medieval, Renacimiento, Ilustración, Romántico y Moderno; subdividiendo éste período en: la Era Freudiana y Otras contribuciones no procedentes de la escuela psicoanalítica. Como se puede observar, para dichos autores "El Hito" fue el descubrimiento del psicoanálisis (4).

El segundo enfoque concibe los hechos históricos como "Complejos, resultantes de una multitud de factores que concurren en lo estudiado, estructurándolo y haciéndolo cambiar dinámicamente", Sauri, 1969 (165). A este enfoque corresponderían los estudios sobre la Historia de la Psiquiatría de M. Poucault, sobre todo el titulado "Historia de la locura en la época clásica" (57). En esta obra se propone hacer una historia en el sentido más amplio (nociones, instituciones, medidas jurídicas, conceptos) de la locura desde el Renacimiento hasta nuestros días, preguntándose cómo se ha constituido este objeto del saber, ya que su planteamiento consiste en interrogar acerca de las condiciones que posibilitan la aparición de los saberes singulares propios de cada época. Más que estudiar los enunciados emitidos, se pregunta: ¿por

qué ha aparecido en una época dada tal enunciado u objeto del saber, y no otro en su lugar?. Esto es situarse a un nivel diferente, "Arqueológico" según su terminología en contraposición a lo histórico o doxográfico.

El primer enfoque es útil cuando el propósito es dar a conocer anecdóticamente, y de forma meramente descriptiva, el trascurso de los acontecimientos relacionados con los conocimientos que se van acumulando de forma progresiva enriqueciendo la materia en cuestión, en este caso la psiquiatría. Sin embargo tiene el inconveniente de que puede desgajar lo estudiado fuera de su contexto socio-cultural. Es de innegable utilidad cuando se trata de registrar datos, paso previo para posteriores análisis, pero no proporciona un cuadro global de los problemas investigados pues se queda meramente en la descripción.

En el segundo enfoque, tanto el surgimiento de un acontecimiento que lleva a un descubrimiento o un problema, así como su resolución, tiene relación con el conjunto de circunstancias imperantes en un preciso momento histórico y social (165). Las circunstancias o los factores que concurren e inciden son los derivados del propio desarrollo del conocimiento de la materia en cuestión, en nuestro caso la psiquiatría, sujetos a reformulaciones y cambios; y los derivados de la sociedad que plantea nuevos retos al conocimiento en cuestión.

I.4.2

"Urdimbres Creenciales".

Sauri, 1969 (165), llama Urdimbre creencial, utilizando una expresión de Ortega y Gasset, a las "ideas que se han desarrollado históricamente respecto a la psiquiatría y que han aportado una estructura básica o un marco de referencia, en cuyo seno se han originado, en un momento determinado, las ideas acerca del fenómeno de la alteración mental. Las creencias van variando dinámicamente e interrelacionándose

mutuamente, se desarrollan y cambian históricamente, no tanto cambiando radicalmente sino asimilando lo anterior, no excluyendo, sino superando".

Para Sauri la urdimbre creencial que dio origen a la Psiquiatría fue el Naturalismo, el cual, con su capacidad de observación y clasificación de lo observado, estaba bajo la primacia de la mirada. De esta manera se evidencian dos enfoques: El Empirista, que se apoya ante todo en los datos de la observación y en el registro de dichos datos, para su posterior tratamiento estadístico. Pinel es el máximo representante, y en su Tratado médico filosófico de la alienación mental las alteraciones mentales son agrupadas en especies clínicas, concepto heredado de Thomas Sydenham, buscando de esta forma el orden en la Naturaleza como antes lo hubiese buscado el botánico Linneo. Surgen de este modo las clasificaciones que fueron tan numerosas como los autores que las crearon (Pinel, Esquirol, Georget, Haidorf y el mismo Kraepelin). En todos los casos se aplica un mismo esquema epistemológico: el concebir a la enfermedad como una alteración de la Naturaleza v. más concretamente, ligada a trastornos orgánico cerebrales.

Siguiendo en el mismo campo epistemológico, la mirada se hace más crítica e impone otro tipo de análisis. El Experimental, en el que las observaciones son reproducidas y medidas matemáticamente. Esta corriente dio origen a la escuela reflexológica y a la asociacionista. Aún dentro de este segundo enfoque, y dentro del mismo campo, el de la mirada, se podría desglosar el anatomoclínico, perteneciente al campo de la mirada por excelencia, el cual pretendía visualizar la alteración mental en el propio sistema nervioso central.

La Urdimbre Creencial naturalista desembocó en un científicismo que entró en crisis ya a comienzos de siglo, demostrando así lo que afirma el propio Sauri

(165): "Las urdimbres creenciales viven, nacen, se desarrollan y caen en crisis".

En el campo de la ciencia a finales del siglo pasado, ahita ya de cientificismo, ella misma se trasforma buscando otra urdimbre creencial, comenzando a preguntarse por la significación de aquello que va descubriendo. Como consecuencia se altera el campo epistemológico y la mirada se ve desplazada por la escucha en su función gnoseológica.

Esto supone la sustitución de la búsqueda de la causa objetiva, por la significación como criterio de conocimiento.

El conocimiento surge de procesos dialécticos, relacionales, menos "objetivos" que los que pertenecían a la mirada.

Este cambio afectó profundamente a la teoría y a la práctica psiquiátricas, surgiendo nuevas metodologías: psicoanálisis, fenomenología, existencialismo, etc. E introduciéndose nuevos conceptos: conflicto, alteración de los campos de conciencia, alteración fundamental, modos patológicos de existir, etc. Los cuales contribuyen a edificar un tipo de comprensión diferente.

Estos hechos hicieron surgir problemas nuevos y referencias contextuales diferentes. Los signos así recogidos por la psiquiatría cambiaron. Para el naturalismo lo más importante fue la Ley, el Orden que le llevó a crear clasificaciones nosológicas.- En este caso no se da tanta importancia a las clasificaciones, aunque para fines aclaratorios y sistemáticos se sigan utilizando, véase la clasificación de las personalidades psicopáticas de Kurt Schneider (169).

Con este nuevo enfoque se da más valor a lo social-relacional, en una dialéctica en la que está incluido, no sólo el objeto de estudio, el paciente, sino también, y esto es lo que le diferencia radicalmente del enfoque naturalista, el sujeto cognoscente,

el investigador o terapeuta, Tabla I.

Este cambio que va de la mirada a la 'escucha, supuso un giro fundamental que hizo más complejo el estatuto de la psiquiatría como ciencia. Por eso para comprender los diferentes modelos conceptuales que se han desarrollado en estos últimos treinta y cuatro años en psiquiatría infantil, nos detendremos en la evolución de la misma hasta la adquisición de categoría de ciencia; en este aspecto, si bien la psiquiatría infantil tiene algunas características propias, en las cuestiones generales comparte la misma problemática que la psiquiatría de los adultos.

I.4.2 Desarrollo de la Psiquiatría como ciencia.

I.4.3.1 Fases de su desarrollo.

La psiquiatría es una disciplina que ha seguido todas las fases por las que pasa cualquier ciencia: descriptiva-clasificadora, inductiva y deductivo teórica.

la fase descriptiva es la primera por la que pasa cualquier ciencia. Lo primero que hace un científico es observar atentamente los fenómenos naturales. Seguidamente los fenómenos observados son clasificados para su mejor comprensión. Las clasificaciones obedecen a una necesidad humana: la de buscar orden o favorecer la llamada economía cognitiva, Achenbach, 1985 (1), que es una forma de reducir y simplificar lo que de otra manera sería un abrumador flujo de información. El orden proporciona claridad, y las clasificaciones son la principal herramienta del científico para establecer orden.

A este respecto, a finales del S. XIX y a principio del XX, coexistían dos orientaciones:

- La de Kraepelin-Bleuler, la cual mantenía los postulados decimonónicos de la medicina, que intentaba explicar los procesos vitales en términos de conceptos descriptivos, que habían demostrado su utilidad en las ciencias físicas y químicas.

- La de Freud, que basándose en su observación, amplió las dimensiones teóricas con la explicación dinámico-psicológica. Estas observaciones le llevaron a unos presupuestos o hipótesis y estos a establecer unas leyes del funcionamiento psíquico. En la teoría freudiana, no obstante su importancia, se confunden, en una mezcla poco clara, observaciones e interpretaciones de las mismas.

La psiquiatría pues, requiere unas cuidadosas observaciones y descripciones que sean lo más independientes posibles de una teoría.

Así por ejemplo, la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-III, 1980 (8), trata de describir con objetividad y sin sesgos teóricos, a diferencia, por ejemplo, de su precursora el DSM-II (1968), la cual difuminaba observaciones e interpretaciones, Wyatt, 1985 (203).

I.4.3.2 Hipótesis. Teorías. Contrastación con los hechos.

Como resultado de la observación y clasificación surgen, como dijimos anteriormente, las generalizaciones y las hipótesis que tratan de explicar cómo se relacionan los fenómenos entre sí. A veces estas generalizaciones pueden adquirir la categoría de leyes; estas pueden ser de diversa índole: empíricas, las cuales presuponen un nivel bajo de abstracción, y teóricas, que pueden ser expresadas en un lenguaje matemático-estadístico.

Todo este conjunto de hipótesis, proposiciones y leyes forma un sistema deductivo o teoría. Este sistema deductivo está dispuesto de tal forma, que de algunas de las proposiciones consideradas como premisas se deducen todas las demás de una manera lógica. Las proposiciones o hipótesis, se pueden ordenar por niveles; habría así hipótesis de nivel superior, que serían precisamente las que aparecen como premisas del sistema e hipótesis de nivel inferior que se derivan de éstas. Braitwaite, 1953 (25); Quintanilla, 1981

(152).

La puesta a prueba de una teoría se efectúa comprobando las hipótesis de nivel inferior de la misma. La confirmación o refutación de estas hipótesis de nivel inferior, es el criterio con el cual se comprueba la verdad de todas las hipótesis del sistema.

Por lo tanto, el establecimiento de un sistema como una serie de proposiciones ciertas depende del establecimiento de sus hipótesis de nivel inferior (25).

Los diferentes niveles de las hipótesis pueden tener diferentes grados de exactitud o certidumbre.

En el momento actual buena parte de la medicina moderna, y por ende de la psiquiatría, se basa en generalizaciones empíricas-clínicas, o si se quiere en hipótesis de nivel inferior. Así por ejemplo se prescriben medicamentos o se realizan intervenciones terapéuticas en ausencia de hipótesis apropiadas de nivel superior sobre su modo de funcionamiento.

I.4.3.3 La Psiquiatría, disciplina Técnico-empírica.

La psiquiatría por el momento es una disciplina que aspira a un estatuto de disciplina técnico científica, Tizón, 1978 (181). La ciencia en la que se basaría sería para Castilla del Pino, 1978 (33) la psicología-psicopatología, según Alonso-Fernández, 1979 (6), la medicina y la antropología, ambas pertenecerían a la categoría de ciencia factual, inductiva y observacional, porque tiene relación con los hechos reales (naturales, sociales, psíquicos) y porque utiliza el método inductivo, el cual pasa de conocimientos de hechos particulares acumulados a formulaciones más generales de leyes e hipótesis científicas, Quintanilla, 1981 (152).

También la ciencia utiliza herramientas para recoger y organizar su información, la observación y descripción, como ya referimos, y la correlación y la

experimentación. La psiquiatría usa dichas herramientas ampliamente para investigar el origen, curso, la prevención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos. No obstante, al ser el objeto de estudio de la psiquiatría o, mejor aún, de sus ciencias básicas: psicología-psicopatología, medicina antropología, por un lado la conducta del organismo en tanto que es observable y por otro la conducta o el comportamiento trastornado o anómalo o el propio enfermo mental (33), (6), y siendo la conducta un fenómeno en el que intervienen tantas variables difíciles de controlar, no es extraño que la psiquiatría, en su deseo de simplificar problemas, haga que las "creencias" se conviertan acríticamente en teorías éstas en dogmas, y que los simples hechos se trasformen en "pruebas" irrefutables que intentan dar consistencia a todo lo anterior (203).

La ciencia se ha definido como un conjunto de hechos o verdades ordenadas sistemáticamente, que tratan de explicar como funcionan las leyes generales (203).

Las teorías pues son necesarias por varios motivos: En primer lugar, organizan las observaciones en relaciones significativas heurísticas, proporcionan instrumentos intelectuales, esquemas de pensamiento y trabajo, guían en cuanto a nuevas investigaciones, y pronostican en la medida en que se espera que cualquier hecho, cosa o proceso, ocurra por ser un caso particular de la generalidad de la que da cuenta la teoría. Las teorías nos dicen, por último, lo que se puede o no esperar de un sistema natural dado, es decir, sus posibilidades y sus restricciones ya predichas por dicha teoría.

Este último punto tiene su contrapartida en el sentido de que, así como una teoría puede predecir el comportamiento de un sistema natural, también puede ser refutada por él. En efecto, al tener la ciencia

moderna una base empírica, esto es, enraizada en los hechos observados, se puede proponer un sistema de hipótesis, que la naturaleza ya se encargará de confirmar si es verdadero o falso. El hombre inventa un sistema científico y después descubre si está o no de acuerdo con los hechos observados. Según Braithwaite, 1960 (25), "Las buenas teorías hacen posible la adaptación a la naturaleza y el control de la misma".

Por este motivo hay que someter las leyes teóricas a los hechos; esto se logra por el procedimiento de la correlación. Las más importantes correlaciones son las que hacen derivar la teoría del experimento, las teorías no se pueden probar, porque son abstracciones, sólo los datos son los que pueden apoyar a la teoría. Los datos que apoyan una teoría correlacionan con ella, los que no encajan con ella niegan la correlación poniéndola en crisis.

En psiquiatría el método de la correlación es muy importante, ya que la experimentación, el otro método empleado por la ciencia, a veces no es posible ni es ético. Un ejemplo de correlación sería el de intentar una sustancia anormal, una proteína o cualquier otro tipo de sustancia, que se correlacione con algún trastorno psiquiátrico. Así se han podido postular la existencia de proteínas anormales en líquidos corporales de esquizofrénicos y suicidas. Del mismo modo se ha podido detectar un gen anormal responsable de una proteína anormal en la enfermedad de Huntington. También se han aplicado las técnicas de correlación a lo social, por ejemplo, las correlaciones entre estado social y esquizofrenia, o entre sexo y depresión. Sin embargo en este último caso lo difícil es establecer la causalidad al ser más complejas las interacciones sociales.

La experimentación es el tercer método que utiliza la ciencia en su desarrollo. Este método consiste en controlar una serie de variables intervi-

nientes en un proceso, para que de esta manera manipulando una o varias de ellas se vean los resultados. Trata este método de relacionar causa con efecto, es decir ver la relación que existe entre una serie de fenómenos en los cuales uno de ellos produce al siguiente. Este método que ha demostrado su utilidad en las ciencias físicas sobre todo, tiene sus dificultades para llevarlo a la práctica en psiquiatría puesto que a veces es muy difícil controlar todas las variables intervinientes en los fenómenos psíquicos, además de que en muchos de ellos la causalidad no es lineal sino circular, Watzlavick, 1974 (190).

El método experimental requiere formular preguntas claras de tal manera que un experimento anómalo lleve al rechazo de una teoría establecida preparando el camino para una nueva hipótesis, Kuhn, 1970 (102). La psiquiatría biológica está en mejor posición por ejemplo que la psiquiatría dinámica para suscitar preguntas a las que se puede responder por medio del modelo experimental. Las hipótesis catecolaminérgicas o dopaminérgicas son relativamente más fáciles de demostrar utilizando el método experimental (202).

El método científico más utilizado en psiquiatría es pues el de la correlación y dentro de este el de la analogía o metáfora. La metáfora es muy importante en la historia de la psiquiatría. Muchas teorías han sido explicadas recurriendo a este procedimiento, ya que los conceptos son a veces difíciles de explicar por otros medios. Es un procedimiento utilizado por la psiquiatría dinámica con mucha profusión, recuérdese a este respecto los modelos hidráulicos energéticos etc.

1.4.3.4 Modelos en Psiquiatría.

Los modelos son sumamente útiles en la ciencia, ya que constituyen modos cómodos de pensar acerca de una teoría científica y sustitutos ideográficos de lo que puede ser una serie muy compleja de enunciados

deductivos. Por otra parte, los modelos son útiles en tanto los atributos de los mismos corresponden al sistema estudiado, siempre teniendo en cuenta que el modelo no es el mismo sistema que trata de representar, Peterfreund, 1976 (144).

Achinstein, citado por Maher (115), ha sugerido que todo modelo científico eficaz debe tener las siguientes características:

1°. Un modelo consiste en un conjunto de suposiciones sobre un objeto o sistema.

2°. Dicho conjunto de suposiciones está estructurado de tal forma que denota propiedades del sistema las cuales, a su vez, permiten la derivación de propiedades adicionales.

3°. Un modelo teórico es sólo una aproximación a la realidad. Quien utiliza un modelo concreto debe ser consciente de que otros modelos pueden explicar aspectos parciales o totales de los mismos fenómenos. Es decir, pueden coexistir varios modelos diferentes, y aún fructíferamente opuestos, intentando dar razón del mismo fenómeno. El desarrollo de la ciencia debería ser pluralista.

4°. A menudo un modelo se formula, desarrolla, e incluso se aplica en base a una analogía entre el objeto o sistema estudiado y otro diferente. Ahora bien, una analogía por sí misma nunca es válida a menos que, además de comprobarse las propiedades formuladas por la analogía, puedan comprobarse otras propiedades deducibles de la misma.

5°. La ciencia siempre ha utilizado modelos en sus explicaciones, los hombres siempre han utilizado metáforas para la comprensión del mundo sensible.

Las teorías difieren de los modelos en que son más completas y a veces más complejas. Hasta la aparición de los modelos algebraicos, probabilísticos y cibernéticos se pensaba en este sentido que los modelos eran un "escalón inferior" del desarrollo

científico, lo cual, actualmente, resulta más que dudoso, pues un buen modelo puede ser el resumen de varias teorías.

Si un modelo es coherente, constituirá una descripción resumida del funcionalismo o las características del objeto x , que se supone real. Bunge, 1972 (27), especifica que un modelo teórico de un objeto x , es una teoría específica T_s concerniente a x . Sigue el mismo autor. "Esta teoría está constituida a su vez por una teoría general, T_g , enriquecida con un objeto modelo $m=x$. Aunque también un modelo teórico, T_s puede ser tomado por una teoría general equipada con un objeto modelo: $T_s = \langle T_g, m \rangle$ ".

Si el modelo teórico T_s no concuerda con los hechos, habrá que modificar las ideas teóricas, habrá que variar el objeto modelo m , o adoptar una teoría general T_g distinta. Las teorías generales y los modelos, entendidos ambos como explicaciones de la realidad, cambian a lo largo del tiempo, no son absolutos, son marcos de referencia que hacen posible el entendimiento más amplio y profundo de las cosas con la menor contradicción interna posible.

Las explicaciones científicas en este sentido no tienen límite, siempre hay generalizaciones más amplias y grados mayores de abstracción de los que las generalizaciones o abstracciones existentes, tal vez sean casos especiales, por eso las teorías o leyes generales avanzan siempre hacia una mayor universalidad.

Una característica básica de los sistemas científicos es, según el Prof. Quintapilla, 1981 (152), su constante dinamismo innovador. "A diferencia de otros sistemas culturales, la ciencia occidental es intrínsecamente innovadora, su vocación es el incremento continuo de nuestros conocimientos. El contenido de las ciencias, entendido este como el conjunto de leyes, teorías, hipótesis, conceptos, etc. que en un

determinado momento constituyen el cuerpo de una ciencia o conjunto de ciencias, está sometido a una constante transformación". Y esta transformación no siempre es acumulativa. En el desarrollo de la ciencia se producen con frecuencia las llamadas por Kuhn: Revoluciones científicas (102), las cuales implican a veces un cambio radical en nuestras representaciones del mundo, y por supuesto en nuestras representaciones del objeto u objetos de estudio científico.

Este dinamismo innovador afecta incluso a la estructura de la ciencia, entendiéndola esta como, la organización de los contenidos propios en forma de sistemas deductivos. A modo de ejemplo, citaremos la preponderancia en nuestros días de los patrones de explicación científica basados en leyes estadísticas o probabilísticas sobre los patrones de explicación deterministas de otras épocas. E igualmente afecta a los métodos o procedimientos de la ciencia: deducción, medición, contrastación de hipótesis, experimentación, etc. (152).

La psiquiatría como ya se dijo anteriormente, aspira a ser una disciplina técnico científica, siendo su base la psicología-psicopatología con aportaciones de la biología y la sociología (33), (181). Según Alonso-Fernández (6), "la psiquiatría es una ciencia médico-antropológica donde hay lugar para toda clase de conocimientos sobre los enfermos psíquicos.... Siempre que posean al menos estas tres cualidades: empirismo, coherencia lógica y eficacia terapéutica". El punto de vista de este autor es el de un eclecticismo, entendido este como "un ensayo de ordenación médico-antropológico de los saberes psiquiátricos dispersos y nucleares, autológicos y heterológicos". No trata de integrar, este punto de vista, los saberes sobre una base antropológica unitaria, sino simplemente de ordenarlos respetando el carácter de multiplicidad existente, tanto en sus fuentes como en sus

significados. "Es una ordenación factible de los conocimientos de distintas procedencias. La concepción ecléctica de la psiquiatría representa una colección jerarquizada de todos los saberes psiquiátricos empíricos, coherentes y eficaces. Sus principios jerárquicos básicos provienen de la antropología y la patología médica" (6).

I.4.3.5 Paradigmas en Psiquiatría, los más extendidos.

"La psiquiatría es un campo del conocimiento científico inter y pluridisciplinario, con una estructura paradigmática puesta en tensión continuamente por su encabalgamiento entre las ciencias biológicas, psicológicas y sociales", como muy bien afirma Tizón, 1971 (181). Y como señala Kluge, citado por Castilla del Pino, "La psiquiatría actual no constituye una ciencia unitaria por faltarle el soporte de una teoría general" (33).

Esto quiere decir que no se ha obtenido un paradigma unificador en psiquiatría y que su historia así como la de la psicopatología ha sido la de obtener dicho paradigma (181).

En la actualidad coexisten una serie de paradigmas o modelos explicativos que organizan las ideas y la información, conforman los problemas a estudiar, la elección de los métodos y la interpretación de los hallazgos, Kuhn, 1970 (102).

Estos paradigmas se han ido configurando en el tiempo, sucediéndose unos a otros según el esquema de Kuhn (102): paradigma normal o corriente, enigma que cuestiona el Paradigma generalmente aceptado, Nuevo Paradigma. Así por ejemplo, al paradigma médico que se basó en el descubrimiento de causas biológicas y de alteraciones anatomoclínicas en ciertas enfermedades psiquiátricas, la PGP entre ellas, le siguió el paradigma psicoanalítico, que trataba de explicar la existencia de otras enfermedades, histeria y neurosis, que no encontraban una explicación satisfactoria en el

anterior paradigma.

A estos paradigmas siguieron otros: el conductual, el sistémico etc. que trataban de explicar de forma lo que a los otros les resultaba difícil explicar.

Como se ve, los paradigmas son múltiples y coexisten porque su objeto de estudio, los fenómenos psicopatológicos, son objetos complejos en los que intervienen muchas variables de distinta naturaleza: orgánicas (neurológicas, bioquímicas, endocrinológicas), psicológicas y sociales. Describiremos a continuación los paradigmas más importantes para la psiquiatría infantil.

I.4.3.5.1 Paradigma Médico.

Este paradigma surgió de la ciencia médica del S. XIX. El éxito obtenido en la identificación de etiologías orgánicas para muchas enfermedades, abrió la posibilidad de ver los trastornos mentales como entidades clínicas causadas por una anormalidad específica del cerebro tal y como postuló Griesinger en 1845.

Según este paradigma, el propósito del diagnóstico es inferir una anormalidad orgánica por los síntomas y signos observables. Cada síndrome reflejaría presumiblemente una particular condición orgánica. El paradigma médico tuvo un considerable éxito en psiquiatría al describir los síntomas mentales de la Parálisis General Progresiva, y sobre todo al relacionarlos con la inflamación del cerebro en el curso de una infección sifilítica. Asimismo, el paradigma médico ha tenido éxito en identificar correlaciones de cuadros mentales con causas orgánicas, por ejemplo; algunos retrasos mentales tales como: el cretinismo causado por déficits de hormonas tiroideas, el síndrome de Down y el de Klinefelter, causados por una dotación cromosómica extra, la fenilcetonuria, causada por una intolerancia genéticamente determinada al

aminoácido fenilalanina, etc..

Este modelo cuenta con la ayuda de toda la metodología médica: Historia clínica, exámenes clínicos y de laboratorio, radiografías, etc. Aunque también se pueden considerar pruebas diagnósticas encuadradas en el modelo médico, los test psicológicos que detectan anomalías perceptivo motrices, cognitivas y emocionales. Todas estas pruebas ayudan a elaborar hipótesis acerca del origen del trastorno que posteriormente serán confirmadas o no. Los datos aportados por estas técnicas diagnósticas serán combinados por el clínico para poder postular un trastorno específico en cada niño.

Este modelo es útil sobre todo para enfermedades mentales graves (autismo, psicosis desintegrativas infantiles..), en las cuales se postula una base orgánica que no excluye otros factores; cognitivos, de comportamiento, de desarrollo socio-emocional, etc.. En estas enfermedades son precisas unas formas de abordaje más variadas dada nuestra ignorancia sobre su etiología.

Las aplicaciones del paradigma médico sin embargo cuentan con mayores dificultades en el caso de problemas cuya etiología es aún más desconocida, como por ejemplo la hiperactividad y la depresión infantil.

I.4.3.5.2 Crisis del Paradigma médico: La hiperactividad.

Este es un problema que desde hace años se ha achacado, siguiendo el modelo médico, a una disfunción cerebral. En efecto, aunque el cuadro era conocido y había sido descrito por múltiples autores: Bourneville (1896), Boncour (1905), Heuyer (1914), Homburger, Tramer, Vermeylen, Wallon (1925), Male (1932), Otze-retschi (1930), Abramson (1940), Kanner (1935), (126); y con diferentes nombres: niños inestables, revoltosos, difíciles, dispersos, turbulentos, hiperquinéticos, y no fue asociado con causas cerebrales hasta que se observó una relación entre una epidemia de encefalo-

litis y el comportamiento hiperquinético de los niños afectos de la misma. Al mismo tiempo Bradley, en 1937, observó que los fármacos estimulantes reducían la hiperactividad en los niños aquejados de dicha enfermedad.

Quizás los que más influyeron en el concepto médico de la hiperactividad, fueron los trabajos de Werner, Strauss y Lehtinen que en los años 1930 y 1940, compararon niños normales, niños con retraso madurativo y lesión cerebral confirmada, y niños con retraso madurativo sin lesión cerebral aparente. Y concluyeron que los niños con lesión cerebral eran más distraídos y mostraban alteraciones en los test perceptivos motrices (177).

Como resultado de estos hallazgos los términos hiperquinesia, síndrome de Strauss y disfunción cerebral mínima, llegaron a ser sinónimos de un cuadro conductual consistente en: falta de atención, hiperactividad motriz, impulsividad, períodos breves de atención, labilidad emocional, alteraciones en el funcionamiento perceptivo y un cierto "desmañamiento" que corresponde a una motricidad alterada.

Al lado de los trastornos conductuales y perceptivos se describieron signos "blandos" neurológicos tales como: EEG ligeramente alterado y las torpezas motrices ya reseñadas. Al mismo tiempo estos niños tenían una historia de traumas cerebrales peri y postnatales.

Con relación a lo anterior el uso de la metodología médica (historiales, exámenes, pruebas motoras perceptuales, pruebas clínicas etc.) para demostrar que la disfunción cerebral mínima era la causa de la hiperactividad, hicieron de este problema una aplicación típica del paradigma médico a los problemas corrientes de conducta en el niño.

Hay estudios que no confirman que la hiperactividad sea un síntoma de lesión cerebral. Los preescola-

res que presentan un daño cerebral, por ejemplo, no son más hiperquinéticos que los preescolares normales. Junto con esto, los preescolares con daño cerebral, presentan déficits en todas las áreas no sólo en las pruebas perceptivo motoras, ver Ernhart, Graham, Richman, Marshall y Thurston, 1963 (50). Además, un estudio efectuado en niños que han sufrido un traumatismo cerebral muestra que los problemas conductuales son más frecuentes después de un traumatismo severo (indicado por una amnesia de al menos siete días de duración) y que estos problema de conducta no siguen un patrón uniforme como el de la disfunción cerebral mínima, ver Brown, Chadwick, Shaffer, Rutter y Traub, 1981 (26).

Los signos neurológicos "blandos" y las anomalías no focales del EEG no son bases suficientes para diagnosticar una disfunción cerebral mínima, puesto que estos son hallazgos comunes en niños que no son hiperquinéticos, Boll y Barth, 1981 (22).

El término "disfunción" acuñado por Clemens y Peter, 1966 (35), es un término de compromiso que se opone al de lesión, y se basa en que no se ha podido descubrir hasta el momento cuál pueda ser el "substrato anatomopatológico del mismo, por lo tanto, no compromete a hacer correlaciones anatomoclínicas. El otro término, "mínimo", "lo diferencia de las graves repercusiones que aparecen en las parálisis cerebrales", Mendiguchía (126).

Este cuadro, incluso para los defensores de una base orgánica, peca de indeterminación, prueba de lo cual son las numerosísimas denominaciones que se le han aplicado (Niño con daño cerebral, con lesión cerebral, hiperquinético, síndrome axial cerebroorgánico, cerebral crónico, disfunción cerebral mínima, impedimento neurológico mínimo, inmadurez neurofisiológica etc.).

Al llamado síndrome de disfunción cerebral mínima

se le ha asociado por parte de algunos, Ochroch, 1981 (139), con las dificultades de aprendizaje tanto generales como específicas. Y a este campo también se le ha intentado aplicar el paradigma médico incluyendo nociones de daño cerebral, hiperactividad, formas leves de retraso, sutiles formas de sordera, problemas perceptivos, dificultades de lenguaje, torpeza motora y dificultades de lectura, sin demasiadas bases para ello, Achenbach (1).

Al tema de la hiperquinesia o de los trastornos de aprendizaje en el estado actual de nuestros conocimientos se le puede aplicar lo que se ha dado en llamar el autogenerador de terminología de E. Frye, 1983 (60). El cual de una manera jocosa no hace sino señalar la diversidad de hipótesis causales y definiciones que están implícitas en problemas tan complicados.

La forma de operar el autogenerador es la siguiente:

Se disponen tres columnas con: el problema, el área de implicación y la cualificación, lo demás es tarea fácil, consiste en combinar las columnas entre sí.

| <u>PROBLEMA</u> | <u>AREA DE IMPLICACION</u> | <u>CUALIFICACION</u> |
|-----------------|----------------------------|----------------------|
| Disfunción | Cerebral | Mínimo |
| Daño | S. N. C. | Suave |
| Desorden | Neurológico | Menor |
| Deficiencia | Lenguaje | Crónico |
| Incapacidad | Lectura | Difuso |
| Retraso | Perceptivo | Específico |
| Deterioro | Conducta | Primario |
| Patología | | Desorgani- |
| zado | | |
| Síndrome | | Orgánico |

Se han propuesto otras etiologías para el trastorno hiperquinético, tales como:

Anomalías en los neurotransmisores, Wender y

Wender, 1978. Niveles de activación del SNC., Zentall y Zentall, 1983. Hipersensibilidad y alergia a ciertos alimentos o colorantes, Feingold, 1976; Trites, Ferguson y Tryphonas, 1978. Retrasos del desarrollo, Buchsbaum y Wender, 1973. Estilos cognitivos particulares y niveles de actividad constitucionalmente determinados, Kinsbourne y Swanson, 1979 (1).

Aunque estas situaciones pueden estar relacionadas con algunas formas de hiperactividad, no dan cuenta de la mayoría de ellas. El problema de considerar a la hiperactividad una entidad clínica, es que se trata de una conducta que está presente en mayor o menor grado en todos los niños a una determinada edad o en unas circunstancias concretas. Se trata pues de un problema de desarrollo. Además estas conductas casi nunca se dan puras sino que se suelen asociar con otros problemas.

Hay otro problema con considerar a la hiperactividad desde una óptica exclusivamente médica y es el de que si se considera a esta conducta como un síntoma de una alteración orgánica se puede dar prematuramente por concluido o cerrado un proceso de evaluación del niño más global y comprensivo (1).

1.4.3.5.3 La depresión.

El modelo médico es bastante aplicable a la enfermedad maniaco depresiva tal y como se presenta en los adultos, sobre todo si hay una ausencia de circunstancias ambientales que justifiquen los accesos, un patrón familiar de afectación que sugiere una carga genética y una aceptable respuesta a los medicamentos psicotrópicos.

La historia de las ideas acerca de la depresión en los niños ha pasado por varios hitos:

Ya en los años treinta fueron descritos cuadros clínicos que se asemejaban a los maniacos-depresivos en algunos niños, Kasanin y Kaufman, 1929 (90). Desde esta fecha y hasta aproximadamente los años sesenta

prevaleció el paradigma psicoanalítico en el campo de las depresiones infantiles. Para este paradigma no podían existir verdaderas depresiones en la infancia hasta después de que la instancia psíquica superego no hubiese sido internalizada en la adolescencia, Rochlin, 1959; Rie, 1966.

A partir de los sesenta, la publicación de casos de niños afectos de depresión en los cuales los tratamientos medicamentosos con carbonato de Litio habían sido eficaces, De Long, 1978 (46), pusieron de nuevo sobre el tapete las relaciones entre las depresiones infantiles y la enfermedad maniaco-depresiva de los adultos y, como consecuencia, la posibilidad de poder aplicar a las depresiones infantiles el paradigma médico. Sin embargo los intentos de aplicar dicho paradigma a los casos menos extremos de los trastornos afectivos en los niños no ha tenido tanto éxito. A finales de los años setenta surge un nuevo modelo conceptual de depresión aplicando el método fenomenológico-estructural: el modelo estructural, que puede definirse como una estructura clínica integrada por cuatro dimensiones; el humor depresivo, la anergia o falta de impulsos, la discomunicación o déficit relacional, y la ritmopatía o disregulación de los ritmos, especialmente los circadianos, comprendiendo cada una de estas dimensiones trastornos subjetivos y objetivos, síntomas psíquicos y somáticos. La aportación de este modelo consiste por un lado, en identificar dos de las dimensiones como distorsión de la comunicación o discomunicación y rotura de los ritmos circadianos o ritmopatías, conexiadas con las otras dos, más clásicamente descritas, humor depresivo y anergia, en una relación de interdependencia, y por otro, en precisar las referencias para el diagnóstico, ya que acentúa la interrelación e interdependencia de las cuatro dimensiones donde cualquier abatimiento de una de las cuatro dimensiones, repercute sobre las

demás y tiende a arrastrarlas hacia la depresión. En la etapa que nos ocupa niñez y adolescencia, encontramos de una forma mixta, una expresión sintomatológica común con los adultos y una expresión sintomatológica propia. Las expresiones comunes pertenecerían a las cuatro dimensiones citadas: repetidos episodios de tristeza y llanto; un estado de aislamiento social; una falta de energía psíquica habitual; una pérdida de peso, anorexia e insomnio. y los cuadros atípicos, se referirían a cuadros fóbicos, cuadros psicósomáticos viscerales, trastornos de conducta y dificultades escolares en la niñez, y en la adolescencia en conductas hiperagresivas y delictivas, promiscuidad sexual y consumo indebido de drogas y alcohol, Alonso-Fernández 1987, 1988 (6). Pasaremos a continuación a analizar los motivos del fracaso de la categorización de la depresión en la infancia.

El punto de partida para estudiar cualquier síndrome psiquiátrico, sea en la infancia o en el adulto, reside en delimitar y unificar el núcleo central del cuadro clínico. En los niños, esto ha resultado ser difícil y polémico, Cantwell, 1987 (29).

En la actualidad hay cuatro puntos de vista acerca de la depresión en la infancia:

El primero es el psicoanalítico, que sostiene que el cuadro clínico depresivo análogo al que presentan los adultos, no puede aparecer en la infancia, debido a que el superyó no se ha desarrollado adecuadamente, ni tampoco se ha internalizado antes de alcanzar la preadolescencia. Rie en el 1966 (155), señalaba que: "De hecho, durante la infancia no existen las manifestaciones propias de la edad adulta en cuanto a la depresión no psicótica".

Posteriormente Lefkowitz y Burton en 1978 (110), expusieron otras razones en las que basaban su creencia de que el síndrome clínico de la depresión no podía considerarse una entidad definida durante la

infancia. Señalaron que los síntomas considerados como indicadores de un síndrome depresivo, sólo son fenómenos transitorios del desarrollo infantil, los que desaparecen con el paso del tiempo, además de que los síntomas supuestamente característicos de la depresión aparecen con mucha frecuencia en niños normales. Por lo tanto, concluyeron que dichas manifestaciones clínicas no eran ni estadísticamente significativas, ni indicadores de psicopatología.

Otros puntos de vista sí consideran que la depresión como síndrome clínico puede darse en la infancia. Para algunos, y este sería el segundo punto de vista expuesto en 1977 por Kovacks y Mecks, 1977 (100), la depresión en la infancia cursaría con unos síntomas más bien únicos y peculiares. Sin embargo, estos síntomas "característicos", no están claros para todos los autores. La mayoría considera que el cuadro clínico similar al de los adultos, (disforia, anhedonia, síntomas vegetativos), se asocian síntomas tales como: ansiedad de separación, malhumor, enfurruñamiento, trastornos de conducta, retraimiento social y dificultades escolares.

Lo que no está aclarado es si estos síntomas característicos deben estar presentes imprescindiblemente para realizar el diagnóstico, o si, por el contrario, son accesorios y asociados al cuadro clínico idéntico al del adulto, Cantwell (29). La aparición de estos síntomas acompañantes dependería, pues, del grado de desarrollo evolutivo del paciente. Este punto de vista ha inspirado a los autores del DSM-III (1980), los cuales describen los criterios diagnósticos comunes para niños y adultos y posteriormente otros específicos para cada edad que se asocian a los comunes (29).

Un tercer punto de vista es el que describe los "equivalentes depresivos" o la depresión "enmascarada". Esta corriente de pensamiento considera que las

características fundamentales del cuadro clínico de una depresión, aparecen en los niños de una forma distinta a la de los adultos. Según este punto de vista la presencia de problemas tales como: hiperactividad, enuresis, somatizaciones, alteraciones de la conducta y del aprendizaje, etc., son atribuibles a un trastorno depresivo subyacente. Según esta concepción de la depresión, la ausencia de un ánimo disfórico, anhedonia y otros síntomas característicos de los cuadros depresivos en los adultos, no impide considerar que las conductas manifiestas tales como las antedichas, son debidas a un afecto deprimido oculto.

Este concepto de depresión "enmascarada" ha sido muy criticado por varios motivos:

Primero, porque los trastornos descritos como equivalentes depresivos engloban a casi la totalidad de la psicopatología infantil, y, segundo, porque no están aclarados los modos cómo estas conductas anómalas se pueden relacionar con el estado de ánimo deprimido no manifiesto. Por otro lado, tampoco está resuelto en qué criterios se debe basar la decisión de considerar o no los trastornos de conducta de un niño como conductas que están enmascarando una depresión. El término pues "depresión enmascarada", es impreciso y vago Kovacks y Beck (100); Cantwell (29).

No obstante hay que puntualizar el hecho hay formas de comienzo de la depresión con alteraciones conductuales, ansiedad e incluso anorexia nerviosa. Sin embargo estos "pródromos" no enmascaran realmente el cuadro depresivo, ya que él mismo puede ser puesto en evidencia con una exploración psicopatológica lo más minuciosa posible, Carlson y Cantwell (29).

La cuarta corriente de pensamiento enfatiza abiertamente la similitud entre los cuadros infantiles y adultos, Annell (9) en 1972 planteó que la depresión en la infancia debería ser diagnosticada con más frecuencia de lo que se hace. Fue expuesto este punto

de vista en el IVº Congreso de Psiquiatras infantiles que tuvo lugar en el año 1971 en la ciudad de Estocolmo, siendo publicadas las actas de dicho congreso en forma de libro con el título: Depressive States in Childhood and Adolescence (9).

Esta postura plantea al menos dos interrogantes: Uno es la frecuencia comparativa de estos síndromes con la de los adultos, y otro el de los criterios diagnósticos de la depresión en la infancia. Ambas cuestiones están relacionadas entre sí, puesto que la mayor o menor frecuencia con la que se diagnostican estos cuadros depende de los criterios diagnósticos utilizados.

Las cifras de incidencia de estos cuadros son muy variables, para comprobarlo basta leer las revisiones que sobre el tema hacen entre otros: Kashani y col. en 1981 (91); Albert y Beck en 1975 (3); Carlson y Cantwell en 1979 (29); Kupferman y Stewart también en el mismo año (104). Y esto debido principalmente a los diferentes métodos de evaluación de los síntomas depresivos y a los criterios diagnósticos empleados.

En cuanto a los criterios diagnósticos, actualmente se utilizan los de Weinberg y col. 1973 (191), de 1973, y los de la clasificación DSM-III de 1980 (8). Y aunque existe un margen de solapamiento entre ambos, algunos de los síntomas presentes en los criterios de Weinberg no tienen equivalente en el DSM-III y viceversa. Los criterios de Weinberg son más amplios que los del DSM-III. Por lo cual, su utilización daría como resultado un grupo de pacientes mucho más heterogéneo que si se utilizasen los criterios del DSM-III. La conclusión es, según Cantwell, "que si utilizamos criterios diagnósticos diferentes, para identificar a niños deprimidos, corremos el riesgo de tratar con niños diferentes" (29). Por otro lado, únicamente será posible determinar qué criterios son los más adecuados, es decir, los que describen un

grupo más homogéneo de pacientes en cuanto a evolución del trastorno, antecedentes familiares, tratamiento, etc. , cuando se hayan llevado a cabo estudios e investigaciones sobre el tema.

Los estudios biológicos, Test de supresión de DST principalmente, no han dado resultados concluyentes en cuanto a la categorización de la depresión en la infancia, ya que unos elevados niveles de Cortisol tras la administración de DST, que son indicativos en un 70% de un trastorno depresivo en los adultos, Carrol y Mendels, 1976 (31), sólo ha sido encontrado en un 20 a un 40% de los clasificados como depresivos con criterios clínicos, véanse Burke, Mc Canley, Mitchel y Smith, 1983 (28) y Klee y Garfinkel, 1984 (96).

Con los ejemplos de la hiperactividad y la depresión en la infancia se ve la dificultad de la aplicación del modelo médico en exclusiva a ciertos problemas como los anteriormente descritos. Esto es debido principalmente a la multicausalidad que está en su base. A modo de ejemplo, el afecto depresivo en los niños según Achenbach (1):

- Puede ser una respuesta a la retroalimentación negativa que recibe un niño por parte de un entorno molesto por sus problemas de comportamiento.
- Puede ser debido al malestar producido por sus propios comportamientos desadaptados.
- Puede ser una respuesta a tensiones vitales tales como conflictos familiares.
- Puede ser efectivamente debido a una enfermedad endógena depresiva.

Este mismo autor, plantea una serie de cuestiones al paradigma médico:

La primera: ¿Cómo podemos decidir que problemas de comportamiento son síntomas de enfermedad y cuales son fenómenos pasajeros causados por el desarrollo, por reacciones a tensiones situacionales, caracterís-

ticas personales o trastornos de base orgánica?.

La segunda: ¿Cómo decidir si afectos tales como la infelicidad son reacciones normales frente a sucesos vitales estresantes más, bien que condiciones derivadas de trastornos mentales?.

La tercera: ¿Cómo podemos decidir si un afecto particular es la causa o el efecto de un problema de conducta?. Así por ejemplo, la hiperactividad y la agresividad, pueden acarrear consecuencias negativas para el niño, que pueden hacerle sentirse infeliz, rechazado, ansioso y poco apreciado. Sería pues un error, ver la hiperactividad y la agresividad como síntomas de una enfermedad afectiva en tal caso.

I.4.3.5.4 Paradigma psicoanalítico.

Surge como respuesta al fracaso de la medicina organicista para explicar los síntomas histéricos. Según Freud, la excitación emocional asociada a los pensamientos reprimidos permanece activa y puede ser convertida en forma de síntomas somáticos o disfunciones corporales, dando origen a las histerias de conversión. La técnica de asociación libre ayuda al paciente a tomar conciencia de sus emociones reprimidas y a comprender el significado inconsciente de sus asociaciones mentales, pudiendo de esta forma mejorar su sintomatología clínica. Ana Freud (58) y M. Klein. (97), modificaron la técnica psicoanalítica para poder aplicársela a los niños. Ellas interpretaron el juego, los sueños y las reacciones a los sucesos emocionales consiguiendo de esta forma claves para comprender los impulsos inconscientes y las defensas contra ellos.

Dentro de este mismo paradigma se halla también el uso de pruebas proyectivas tales como: Rorschach, TAT, CAT, frases incompletas, dibujos libres, test del árbol, la casa, la persona, etc)

En contraste con el paradigma médico, la finalidad del paradigma psicodinámico no es resaltar un trastorno específico, sino detectar motivos incons-

cientes, conflictos, fijaciones, regresiones, estructuras de personalidad y defensas, las cuales son usadas de una forma idiográfica, es decir: como un retrato de un individuo como una única entidad en contraste con la forma nomotética que se refiere a leyes generales que pertenecen a todos los individuos, ver Achenbach, 1985 (1). El énfasis en el paradigma psicodinámico está en una red de constructos inferidos que definen la personalidad de los individuos y trata de explicar su comportamiento. El paradigma psicodinámico realiza lo que Meehl (125), llama el 'estudio casuístico o de caso clínico.

La mayor parte de los constructos que se han originado en la teoría freudiana han sufrido cambios según se ha desarrollado la teoría y además, han estado sujetos a variadas interpretaciones según las épocas. Estos mismos constructos por añadidura, carecen de definiciones operativas. Se han hecho intentos de desarrollar sistemas nomotéticos en este paradigma en cuanto a la medición de variables psicodinámicas como por ejemplo la ansiedad, pero en realidad remiten a constructos nomotéticos más que a variables diferentes para cada paciente. Además una medida de la ansiedad que compare las diferentes respuestas de unas personas con un grupo control no va a contribuir demasiado a elucidar los orígenes de la ansiedad según su propio paradigma, i.e: lo consciente vs. lo inconsciente, los mecanismos de defensa etc. En otro orden de cosas, se ha tratado de tipificar los resultados de los test proyectivos: Rorschach, TAT y test gráficos aplicando sistemas nomotéticos.

Como ya vimos en relación al paradigma médico las dificultades que presenta el paradigma psicodinámico son principalmente, según Achenbach (1), el descubrir inferencias fidedignas basadas en test proyectivos o en entrevistas psicodinámicamente orientadas, puesto que según este autor, "hay poca evidencia de que la

personalidad y su dinámica puedan ser inferida satisfactoriamente a partir de los test proyectivos y de las entrevistas psicodinámicas", véase además, Gittelman, 1984 (64).

Teniendo en cuenta esto, las preguntas que nos haríamos respecto a este paradigma serían:

Primera. ¿Cómo obtener datos fidedignos, en los cuales basar nuestro conocimiento de la compleja dinámica intrapsíquica que nos permita hacer inferencias acerca del funcionamiento de los individuos?.

Segunda. Si podemos obtener datos fidedignos, ¿cómo determinar qué factores, según el paradigma, son conscientes o inconscientes, cuáles son causa o efectos y, por último, ¿cómo se articulan estos factores en motivaciones, estructuras y defensas?.

Tercera. ¿Cómo usar las descripciones idiográficas de la personalidad para identificar similitudes entre los casos que nos ayuden a escoger tratamientos específicos y a aventurar un pronóstico? (1).

I.4.3.5.5 Paradigma psicométrico.

Surge como un intento de medir los rasgos psicológicos, especialmente la inteligencia. La Urdimbre creencial o la ideología que influyó más en este paradigma desde sus comienzos fue la biología evolucionista del S.XIX. Se intentó extrapolar esta misma ideología al funcionamiento psicológico. Fue Francis Galton el que hipotetizó que la inteligencia podía ser medida, y que de hacerlo debía ser en términos de rendimiento sensorio-motor. Posteriormente su discípulo, Cattell, introdujo la naciente psicometría en los EE.UU. y acuñó el término test mental.

El constructo de Galton acerca de la inteligencia como un rasgo unitario medible por medio de pruebas sensorio-motrices no obtuvo demasiado apoyo empírico. Los test que él diseñó no correlacionaban con otras medidas de la inteligencia tales como las obtenidas de los informes de los profesores o de los grados académicos.

micos alcanzados. No obstante, las aportaciones de Galton en el sentido de diseñar procedimientos medibles del comportamiento por medio de test objetivamente validables, y sometidos al análisis estadístico, fundamentaron el paradigma psicométrico.

Cuando a Binet y Simón se les encargó que identificaran niños cuyos déficits intelectuales fueran lo suficientemente importantes como para seguir una educación especial, adoptaron un punto de vista más pragmático que Galton y sus seguidores. Ellos no se apoyaron en ningún concepto previo acerca de la naturaleza, origen e inmutabilidad de la inteligencia, sino que buscaron medidas fiables y contrastadas y, por lo tanto, válidas, de los procesos cognitivos que se ponían en práctica en las escuelas y consecuentemente diseñaron unas pruebas que reflejaban el tipo de juicios y razonamientos que se esperaban, de los alumnos sin requerir necesariamente habilidades académicas tales como la lectura y la escritura. Estos autores correlacionaron las pruebas que habían diseñado en sus diferentes ítems con los índices de funcionamiento académico tales como: nivel académico, progresos que hacía el niño en la escuela y opiniones de los profesores. Las puntuaciones obtenidas por las pruebas se revelaron como más fiables que las puntuaciones que se obtuvieron de los profesores, Kuhlmann (101). Binet y Simón en lugar de partir del punto de vista de Galton, el cual intentaba cuantificar la inteligencia en términos absolutos, tomaron un punto de vista diferente, el de un desarrollo normativo, esto es: seleccionaron ítems con el criterio de que reflejasen el desarrollo normal de las capacidades de los niños y esto en términos relativos es decir: desde el juicio del grado de desarrollo de las capacidades de un grupo de niños de edades similares. El juicio de las capacidades de un niño se basaba en el grado de funcionamiento comparado con el grupo de niños de su

misma edad. Los items de la prueba fueron agrupados de acuerdo con la edad mental, definida ésta como la edad más temprana en la cual la mayoría de los niños pasaban dicho item y esto expresado en forma de coeficiente, el coeficiente mental. Posteriormente, se generalizaron estos conceptos creándose, desde el punto de vista del desarrollo normativo, escalas de desarrollo infantil, como el Inventario de desarrollo infantil de Minnesota, escalas de funcionamiento perceptivo-motriz, y cuestionarios para detectar patología mental en población general.

Otra de las aplicaciones de este paradigma ha sido en la investigación psicopatológica; fruto de ella es el cuestionario conocido como MMPI (76) (Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota). En este cuestionario, que consta de 550 items, lo que se intenta es cuantificar el grado de anormalidad y el diagnóstico psiquiátrico en términos generales, (neurótico, psicótico, psicopático), en el que se podría encuadrar a un determinado individuo. Los items se validaron con pacientes mentales que habían recibido diagnósticos clínicos, así como con individuos normales, haciendo los ajustes necesarios para discriminar la existencia, o no, de patología. Lo que demuestra la aplicación del MMPI (a numerosos pacientes durante muchos años) es que no hay una correlación exacta entre el diagnóstico particular, (obtenido por la aplicación de los items del cuestionario), y el diagnóstico clínico-médico. Así, por ejemplo, se solapan las escalas de manía hacia las de psicopatía. No obstante, fue, y es, el primer intento de elaboración de un cuestionario que describiese y cuantificase la patología sin depender del modelo médico o psicodinámico, sino apoyándose exclusivamente en la autoevaluación del paciente.

Tomando como modelo los cuestionarios de los adultos, se han diseñado escalas psicopatológicas para

niños y adolescentes; por ejemplo: el PIC (Inventario de personalidad para niños) (197). Este toma como modelo el MMPI pero aporta las siguientes diferencias:

- Como en los niños y adolescentes no existen, hoy por hoy, unas categorías diagnósticas bien definidas, se idearon tan sólo 50 items para cubrir cada una de las 11 áreas que se consideran patológicas en estas edades: retraimiento social, ansiedad, habilidades sociales, relaciones familiares, etc.

- Las respuestas no son dadas por el propio individuo, pues puede ocurrir que no tenga la capacidad de introspección suficiente, así que se requiere el concurso de un familiar que conteste a los items, normalmente la madre.

En lugar de utilizar categorías diagnósticas con las cuales validar los items del PIC, éstas se validaron con las aportaciones de clínicos experimentados en clínica infanto-juvenil que describieron y nombraron determinados constructos que a su criterio reflejaban grupos más o menos homogéneos de problemas, por ejemplo: delincuentes. Eran pues unos criterios dependientes de los clínicos y los resultados se derivaban de características que correlacionaban con las puntuaciones de las escalas de los niños vistos por un clínico particular.

El paradigma psicométrico ha sido aplicado a otros síntomas o rasgos específicos únicos tales como la ansiedad y la depresión, Reynolds y Paget, 1981 (154); Kovacs, 1977 (100). También se han diseñado cuestionarios para la observación del comportamiento de los niños bajo condiciones específicas tales como una escala de observación de la ansiedad en preescolares, Glennon y Weisz, 1978 (65).

El paradigma psicométrico es un desarrollo de la Teoría de los rasgos, entendiendo rasgo como un conjunto de características de actitud o comportamentales que representa una tendencia a sentir, pensar o

experimentar de una forma determinada. Los rasgos determinan la consistencia en el comportamiento de un sujeto en situaciones distintas, así como las diferencias interindividuales. Al agruparse los rasgos entre sí en una unidad funcional demostrada estadísticamente se forman los llamados factores que han dado lugar a la Teoría factorial de la personalidad, Cattell, 1980 (34).

Las teorías de los rasgos o factoriales no son explicativas, no especulan o tratan de demostrar mecanismos causales sino más bien proveer una metodología general para identificar diferencias individuales en el funcionamiento psíquico, sin dar demasiada importancia a las causas de las diferencias, Achenbach (1).

Las preguntas que suscita este paradigma son las siguientes:

- Puesto que este paradigma no está sustentado por ninguna teoría de las causas o naturaleza de los comportamientos desadaptados, ¿Cómo decidir que tipo de fenómenos vamos a medir o simplemente a describir?.

- ¿Cómo discriminaría este paradigma las diferencias de comportamiento según el grado de desarrollo evolutivo?.

- ¿Cómo se podrían integrar los datos obtenidos con este paradigma con otro tipo de datos para lograr un conocimiento comprensivo de un niño concreto y de sus situaciones vitales?.

I.4.3.5.6 Paradigma conductual.

Los paradigmas médico, psicológico y psicométrico se han originado como esfuerzos para explicar el comportamiento en términos de constructos hipotéticos. El paradigma conductual que se originó con J. B. Watson en 1913, propone que el comportamiento humano podría ser explicado en términos de estímulos y respuestas observables, Watson, 1970 (189). Así la patología se explicaría como un aprendizaje anómalo en

el que se asociarían estímulos neutrales con experiencias de tipo aversivo, como, por ejemplo, las fobias infantiles; Jones, (87); Watson y Rayner, 1920 (189).

El paradigma conductual se caracteriza por la observación del comportamiento en el contexto de la vida real, sea por medio de la propia autoobservación del paciente o del terapeuta, o con propósitos de investigación o tratamiento.

Los principios del paradigma conductual en comparación con los anteriores son según Mash y Terdal, 1981 (120).

- Este paradigma más que basarse en constructos inferidos, lo hace en el mantenimiento del comportamiento por el ambiente.

- Este paradigma enfatiza el hecho de que el comportamiento está determinado situacionalmente, mientras que los otros paradigmas enfatizan la consistencia de la conducta independientemente de las situaciones.

- De la misma manera, este paradigma enfatiza el hecho de que el comportamiento es función del ambiente, no tanto de causas internas del individuo, como los otros paradigmas.

- Mientras que los otros paradigmas ven las respuestas como claves para determinar atributos, éste ve las respuestas como ejemplos de un comportamiento relevante, exclusivamente.

- Los otros paradigmas buscan llegar a un diagnóstico de una condición determinada que les llevará a un pronóstico, este paradigma busca exclusivamente datos que guíen los tratamientos.

- Los otros paradigmas evalúan los comportamientos en encuadres clínicos, el paradigma conductual trata de hacerlo en los ambientes naturales del individuo.

- En los otros paradigmas la evaluación de los datos precede al tratamiento como un paso previo, en

este paradigma, evaluación y tratamiento es un proceso continuado.

G. Patterson en 1980, hizo una de las más ambiciosas aplicaciones de este paradigma, Este autor entrenó a observadores para que registrasen el comportamiento de los niños en sus hogares en términos tales como: llora, ignora, se opone, se enrabia, se queja, grita, etc. Ya que según este paradigma el comportamiento es función del ambiente. Los observadores, además, debían registrar no sólo el comportamiento del niño, sino el de todos aquellos que interactuasen con él. La idea subyacente era la de registrar, para posteriormente computar, las secuencias de estímulos respuestas, a fin de identificar las contingencias que, con probabilidad, afectarían al comportamiento del niño. Metodológicamente se utilizaron dos o más observadores para controlar la fiabilidad y una vez obtenidos los datos, éstos fueron sometidos a análisis estadísticos complejos. Las familias, por supuesto, se mostraron cooperadoras. Patterson llegó a la conclusión de que las contingencias observadas sólo explicaban una pequeña proporción de los problemas de comportamiento observados en la muestra de niños y familias estudiados (141).

Como consecuencia de la aplicación práctica de este paradigma, se usan con profusión cuestionarios para evaluar todo tipo de conductas: miedo, ansiedad, depresión, etc. Sin embargo, aplicar este paradigma resulta en la práctica bastante difícil. Es el mismo Patterson el que reconoce que los problemas tradicionales en cuanto a la validez y fiabilidad de las observaciones, estabilidad de los comportamientos con el paso del tiempo, sesgos introducidos por la presencia de los observadores y la consecución de unas normas que tipifiquen los resultados de las observaciones, no han sido superados por este paradigma a pesar de las esperanzas puestas en él.

Además, hay una dificultad añadida, la que Kazdin (92), llama la "espada de dos filos" del paradigma conductual, y es la siguiente: si se asume que la conducta está determinada específicamente por la situación en la cual ocurre, entonces no podemos obtener demasiadas conclusiones acerca de comportamientos y situaciones inaccesibles a nuestras observaciones tales como: robos, vandalismos, intentos de suicidio, etc. Tampoco debido a este problema, podríamos generalizar nuestras observaciones a otras situaciones en circunstancias no observables. Y esto se agrava aún más si partimos de la base de que cada tipo de respuesta es específico, por lo que no podríamos sentar con certeza las bases de una covariación entre comportamientos que reflejan síndromes o conductas complejas (92).

Una posible respuesta a las dificultades de la observación directa del comportamiento, podría ser la llamada "Evaluación Multimétodo del Comportamiento", descrita por Nay, 1979 (138), y que consiste en utilizar muchos métodos a la hora de evaluar una conducta; por ejemplo: entrevistas, cuestionarios estandarizados, pruebas tipificadas y registros diarios de la familia, así como observaciones en situaciones clínicas y de la vida diaria unido a pruebas de simulación de situaciones problemáticas. A pesar de todo, también este método debe luchar con los problemas tradicionales: fiabilidad, validez, generalización, representatividad y normatividad, además de uno específico y consustancial con la naturaleza del método, el de agrupar datos diversos y frecuentemente contradictorios acerca de un niño en concreto en forma estandarizada, lo cual nos permitiría generalizar a todos aquellos niños que teniendo unas características comunes se beneficiasen de ayudas terapéuticas similares, ver Mash, 1985 (120).

El paradigma conductual, aunque ha hecho avanzar

nuestro conocimiento y evaluación de los problemas de conducta, plantea interrogantes, según Achenbach (1), como los siguientes:

- ¿De qué manera podemos relacionar el comportamiento específico de un determinado niño, observado en una situación concreta, con los comportamientos de niños observados en similares circunstancias a fin de aumentar nuestros conocimientos acerca de los problemas de conducta?

- ¿Cómo podríamos evaluar comportamientos que son difícilmente observables de una manera directa por ser ocultos, sesgados por la propia observación o infrecuentes?

- ¿Cómo detectar patrones de conducta que podrían ser más susceptibles de cambios que respuestas moleculares tomadas una a una?

I.4.3.6 Sesgos de los paradigmas.

Como hemos podido ver los diferentes paradigmas que han surgido históricamente para intentar dar cuenta de la psicopatología infantil difieren entre sí en cuanto a sus orígenes, el tipo de información que buscan y las formas en las que obtienen sus datos. No obstante, su utilidad a la hora de tratar de comprender los problemas del niño, sus visiones, son parciales necesariamente y llevan implícitos una serie de sesgos o problemas inherentes a sus propios métodos de tratar con la realidad.

A continuación pasaremos revista a dichos sesgos:

I.4.3.6.1 Correlaciones ilusorias.

Fueron Chapman y Chapman (41) en 1967, los que lo describieron al estudiar las asociaciones que se hacían entre pruebas gráficas y listas de síntomas clínicos, y al comprobar que algunos investigadores correlacionaban atributos que de hecho no estaban correlacionados. Tanto el paradigma médico como el psicodinámico, al basar sus conclusiones e hipótesis en observaciones clínicas, son propensos a caer en ese

sesgo. La forma de evitarlo, según estos autores, sería unas tabulaciones sistemáticas y un análisis cuantitativo de atributos, en un número suficiente de casos, tal y como se hace en otras ramas de la medicina. Por su parte, el paradigma psicométrico está menos propenso a ser afectado por las correlaciones ilusorias porque los datos básicos están tabulados y son analizados cuantitativamente. El paradigma conductual también es menos propenso a ser afectado por este sesgo debido a que no busca identificar correlaciones entre atributos.

I.4.3.6.2 Capacidad para establecer covariaciones.

La covariación sería observar qué tipo de atributos "van" con que atributos, en base a establecer unas correlaciones clínicas que permitiesen un conocimiento encaminado a hacer diagnósticos más certeros y unas predicciones más fiables. Este sesgo afecta más al paradigma psicodinámico cuyas variables raramente son definidas operacionalmente. Baste como ejemplo la asociación que hizo Freud, 1932 (59), entre enuresis nocturna y atracción hacia el fuego, la cual se ha demostrado no ser cierta en un número suficiente de casos, ver Heath, Hardesty, Golfins y Walker, 1983 (78); Kuhnley y col., 1982 (103). El paradigma psicométrico es el que menos afectado se ve por este sesgo, ya que enfatiza específicamente la covariación por medio de análisis cuantitativos y atributos definidos operacionalmente.

I.4.3.6.3 Representación heurística.

Este sesgo afecta a la idea que tenemos en mente acerca del trastorno mental en los niños. Y se puede concretar en preguntas tales como:

- ¿El niño A, tiene el trastorno X?
- ¿El comportamiento A obedece a la condición X?
- ¿El proceso X, dará como resultado el hecho A?

Los cuatro paradigmas tienen que tratar con la representación heurística, pero de diferente forma.

Al paradigma médico le afecta porque para él los signos de desviación representan una enfermedad específica subyacente. Por ejemplo, si asumimos que la hiperactividad es trasunto de una lesión cerebral, o que la infelicidad es síntoma de depresión, podemos de esta manera negar o pasar por alto el papel que juegan en estos síntomas factores situacionales o de desarrollo.

El paradigma psicodinámico se basa ampliamente en el uso de constructos idiográficos, ego, id, superego, impulsos, mecanismos de defensa, y conflictos inconscientes, los cuales tratan de explicar los pensamientos, sentimientos y motivos del individuo; pero la cuestión a plantear es la de que ¿hasta qué punto se pueden aplicar extrapolándolos a una clase de individuos?, esto sería una falacia idiográfica, pero aún aplicándolos al individuo, ¿hasta qué punto un cuadro de constructos que no han sido verificados pueden constituir una representación del funcionamiento del individuo a lo largo del tiempo y las situaciones?.

El paradigma psicométrico es vulnerable al sesgo de la representación heurística por unos motivos opuestos a los del psicodinámico. Mientras aquel paradigma falla en extrapolar del individuo al conjunto de la población, este lo hace al intentar extrapolar los hallazgos obtenidos de un grupo al caso individual. Sería una falacia nomotética el presumir que una persona que tiene el perfil de la histeria, pongamos por caso, en el MMPI tiene que tener obligatoriamente las características de los histéricos, puesto que no se han demostrado asociaciones estadísticas perfectas entre los rasgos obtenidos por el MMPI y los diagnósticos clínicos. Además, las generalizaciones nomotéticas también están limitadas por el trasfondo sociocultural. Así, las interpretaciones de ciertas puntuaciones del PIC se basan en muestras de niños vistos en una clínica del centro de la ciudad de

Detroit (E.U.A.), Lachar & Gdowski, 1979 (105), sin una validación en muestras que difieran en características de raza y socioculturales. Por lo tanto, es difícil saber con cuanta certeza se pueden aplicar los resultados a otros niños de diferente trasfondo social y cultural.

Teóricamente, el paradigma conductual al no generalizar de individuos a grupos, o de grupos a individuos, no debería ser vulnerable a este sesgo. Sin embargo, el restringirse a respuestas moleculares en situaciones específicas no le evita el problema de la representación heurística, ya que una misma respuesta puede tener orígenes diferentes y es, por lo tanto, importante determinar las relaciones entre los diferentes problemas de conducta de un niño en particular, dentro de las situaciones y a lo largo de las mismas. No es lo mismo describir una conducta como la de: "levantarse de su asiento o no centrarse", que puede obedecer a un problema de inatención o de agresividad, que la conducta "se levanta para agredir a un compañero", que puede ser consecuencia de pensamientos obsesivos o alucinaciones. Para evaluar un problema conductual, en aras de una intervención, necesitamos añadir a los datos moleculares en términos de clases de respuestas, "tipos de trastornos", "tipos de clientes" o "tipos de situaciones problemáticas". Y sin unos principios claros acerca de "qué cosa" agregar a los datos escuetos, el paradigma conductual es tan vulnerable a la representación heurística como los otros paradigmas al tratar de extrapolar de lo específico a lo general o a la inversa, como inevitablemente deberá hacer (1).

I.4.3.6.4 Asequibilidad heurística.

Los cuatro paradigmas pueden ser susceptibles de este sesgo que consiste en ser influidos al juzgar un caso por la "memoria" o las características más relevantes de un caso anterior que fue similar en sus

quejas, patrón familiar, etc. El resultado es un "obscuramiento" de los casos nuevos que pueden presentar junto con las características comunes, algunas diferentes.

Los paradigmas psicométricos y conductuales dependen menos de esta especie de "patrón mental clasificatorio", aunque se puede dar el caso de la utilización de una prueba "favorita" la cual hace contemplar todos los casos según las escalas de esta prueba, en el caso del psicométrico. O puede insistir en la evaluación de una conducta por rutina obviando otras tan importantes como aquella, en el caso del conductual, por ejemplo, evaluar la ansiedad social en un niño por medio de jerarquías de ansiedad sin tener en cuenta la tendencia de dicho niño a provocar la hostilidad de la gente. Aunque la evaluación de un caso no se restringe a un sólo método, es importante reconocer cómo nuestros conceptos favoritos o nuestros métodos, configuran nuestros juicios de casos individuales.

I.4.3.6.5 Sesgo confirmatorio.

Cuando presumimos que sabemos la causa de un problema, sobrevaloramos los datos que confirman nuestras suposiciones, Arkes y Harkness, 1983 (11). Este sesgo ocurre con más frecuencia en aquellos paradigmas proclives a hacer fuertes asunciones causales: en especial el paradigma médico con su énfasis en la causalidad orgánica. También se da este sesgo en los paradigmas psicodinámico por un lado, con su énfasis en la determinación inconsciente, y en el conductual, por otro, que enfatiza los condicionantes ambientales. Ya que la mente humana está estructurada de tal manera que selecciona los datos que confirman sus puntos de vista, mejor que los que no los confirman, los que se adhieren a un único paradigma pueden sufrir una especie de "ceguera" hacia los datos aportados por otros paradigmas, por violar sus atribu-

ciones causales. Esto puede sesgar el juicio acerca de un caso individual de un niño y no apreciar lo que pueden aportar otros paradigmas en cuanto a la comprensión de dicho caso. El paradigma psicométrico sin embargo, como no se plantea asunciones causales, es menos vulnerable a dicho sesgo, porque, aunque puede partir a la hora de recoger unos datos de una hipótesis genética, así en el caso de la inteligencia, los resultados obtenidos por los test no se verán afectados (1).

I.4.3.6.6 Otras limitaciones de los paradigmas.

Además de la vulnerabilidad a los sesgos anteriormente reseñados cada paradigma tiene otras limitaciones. Así, el paradigma psicométrico, con su ausencia de hipótesis causales, reduce su vulnerabilidad al sesgo confirmatorio, pero a la vez limita su potencial explicativo de los trastornos mentales. El psicodinámico ofrece una gran riqueza de conceptos clínicos, pero ofrece pocos métodos para probarlos empíricamente. Los paradigmas conductual y médico, al comprometerse con unas hipótesis causales, llevan a un cierre prematuro en cuanto a la conceptualización de todos los factores intervinientes en un caso concreto (1).

Todos estos paradigmas detrás de los cuales subyacen teorías, han influido en el pasado y siguen influyendo en la actualidad en las ideas que sustentan, no sólo los profesionales de la Salud Mental sino también los padres y educadores, acerca del desarrollo del niño y de sus problemas.

Tendremos ocasión de referirnos a ellos cuando analicemos los períodos objeto de nuestro estudio.

5. CLASIFICACIONES

I.5

CLASIFICACION EN PSIQUIATRIA INFANTIL.

La clasificación es un problema básico en todas las ciencias, hasta se ha encontrado un paralelismo entre la habilidad clasificatoria y el desarrollo de la ciencia.

La labor descriptiva previa facilita la creación de unos conceptos de extensión y comprensión precisos que permiten su ordenación posterior.

Como señala Achenbach (1). "El punto de vista que tengamos acerca de la naturaleza de los problemas mentales en la infancia afecta al tipo de información que buscamos, en forma de datos, al procesamiento mental de la misma y a la aplicación de los conocimientos previos".

Así, sea que adoptemos los conceptos médicos, psicodinámicos o conductuales, el proceso clasificatorio será necesariamente el mismo: abstraer unas cuantas características entre las muchas que distinguen a unos individuos de otros. Cuando esto ocurre, es decir, cuando abstraemos características selectivamente para definir problemas comunes, estamos empeñados en el proceso de Taxonomía, el cual se puede definir, según Achenbach (1), como: "Agrupar casos de acuerdo con sus características distintivas".

I.5.1

Principios fundamentales de la Clasificación psiquiátrica:

Rutter, 1983 (160); Spitzer y Cantwell, 1980- (175), han examinado los principios básicos en psiquiatría infantil, los cuales son:

- No existe un sistema de clasificación en la infancia que sea natural o perfecto. En medicina los criterios comúnmente empleados para la clasificación han sido: las causas del trastorno, los síntomas del mismo, su curso y su pronóstico. En psiquiatría infantil, estos criterios son difíciles de utilizar puesto que la mayor parte de los trastornos tienen una causalidad multifactorial y, en gran parte de ellos

además, desconocemos la causa.

En general, pues, el modelo etiológico resulta poco adecuado. Por otra parte, no se puede abordar el problema de la etiología si previamente no se conoce suficientemente el proceso o trastorno del que se busca la causa. Eysenck sugería que antes de que nos podamos preguntar razonablemente acerca de la causa de alguna disfunción o desorden, debemos haber sido capaces de reconocer y diferenciar unos síndromes de otros (53).

- Un sistema de clasificación ha de basarse en hechos, no en conceptos teóricos. En el pasado, muchas clasificaciones psiquiátricas se basaban en especulaciones teóricas y se tenían expectativas de que las clasificaciones deberían ser reflejo de las teorías acerca de la naturaleza y del origen de los trastornos psiquiátricos. Esto hay que reconocer que es difícil en psiquiatría infantil, porque no existen muchos datos concretos y fehacientemente demostrados respecto al curso, evolución, patrón familiar de enfermedad y cambios evolutivos en el patrón sintomático, etc., de los diversos trastornos. No obstante, no debemos renunciar a dilucidar cada vez con mayor precisión dichos aspectos para que, de esta forma, nuestras clasificaciones sean lo más objetivas posible.

- Una consecuencia de lo anterior es que las clasificaciones deben basar sus términos en criterios definidos operativamente, esto es: debe haber un glosario donde se especifiquen claramente los términos utilizados, o un acuerdo consensuado de reglas y criterios. El primer caso sería el de la clasificación de la O.M.S., 1974 (202) y, el segundo, el del DSM-III, 1980, 1987 (8).

- Las categorías diagnósticas de cualquier clasificación deben ser fiables, es decir: los términos de dicha clasificación deben ser usados de la misma forma por diferentes clínicos; de ahí pues la

necesidad de los criterios operativos, ya que estos pueden evitar los tipos de varianza que describió Spitzer, 1980 (175): de información, de observación, de interpretación y de criterios, así como las varianzas de sujeto y también de situación. Causantes todas ellas de la poca fiabilidad de los diagnósticos, los criterios operativos minimizan principalmente la varianza de criterios, ya que si se utilizan criterios diagnósticos diferentes, los resultados variarían, Ward, 1962 (188).

- Las categorías diagnósticas deben ser válidas, esto es: para que las categorías tengan algún sentido deben mostrar diferencias en aspectos importantes tales como: etiología, curso, síntomas y respuesta al tratamiento. Spitzer (175), ha señalado los distintos tipos de validez de un sistema de clasificación: validez aparente, validez descriptiva, validez predictiva y validez de constructo.

La validez aparente es el punto de partida inicial para identificar cualquier categoría diagnóstica. Para ello se recoge información de profesionales con gran experiencia clínica. Estos describen aquellas características que consideran como los síntomas esenciales de un trastorno en particular. Muchas de las categorías que aparecen en el apartado de trastornos propios de la infancia y adolescencia sólo poseen validez aparente. Y esto suele ser así al principio de todo sistema clasificador, Spitzer y Cantwell (175), aunque posteriormente se deberán incluir solamente aquellas categorías que se hayan demostrado más potentes, con validez descriptiva o predictiva.

El hecho de que una categoría tenga validez predictiva nos permite suponer que dicha categoría es representativa de un síndrome conductual definido y no un conjunto al azar de características clínicas. Una categoría con baja validez predictiva se caracteriza por unos síntomas que suelen darse en personas que

presentan trastornos mentales de otro tipo o que no presentan ninguno.

Desde una perspectiva clínica, el tipo de validez que probablemente reviste mayor importancia sea el de validez predictiva. Ya que esta nos dice en que otros aspectos, además de las características propias de cada cuadro clínico, difieren entre sí los diferentes tipos de trastornos descritos en el sistema. Este tipo de información puede ser valioso al predecir la historia, los correlatos biológicos, las respuestas diferenciales al tratamiento. etc.

- Un sistema de clasificación debe clasificar trastornos psiquiátricos, ni personas ni, en nuestro caso, niños.

Un sistema de clasificación diagnóstica clasifica trastornos, lo cual no es equivalente a una formulación diagnóstica. Achenbach (1), distingue dos significados del término diagnóstico: Uno sería el término médico utilizado para denominar a las clasificaciones clínicas, así Guzá, 1978 (73), en este sentido, ya desde la clasificación de Kraeppelin, se han denominado a las categorías que él describió, diagnósticos psiquiátricos y, al proceso por medio del cual se asignan los casos a las categorías, juicio diagnóstico. Este sería pues un tipo de diagnóstico, el diagnóstico formal, al cual pertenecerían los ejes I y II de la clasificación DSM-III (8).

El segundo significado del término diagnóstico es, según Achenbach, más amplio y se define como "una investigación o análisis de la causa o naturaleza de una condición, situación o problema, siendo, además, un juicio o conclusión que concierne a la naturaleza o causa de algún fenómeno, así Woolf, 1977 (201). Cuando el término diagnóstico se usa en este sentido amplio, se le suele llamar: diagnóstico de trabajo o formulación diagnóstica, y comprende "el proceso de acumular la información necesaria para entender el

problema de un individuo así como la: consecuente formulación de una conclusión de una manera comprensible", Achenbach (1). El diagnóstico entendido en este sentido no invalida el intentar dar un nombre al problema presentado por el individuo, i.e. clasificarlo formalmente, pero la otra forma de diagnóstico que Achenbach sugiere denominar evaluación, nos permite hacer una formulación diagnóstica o un diagnóstico de trabajo de una forma que abarca un cuadro más completo de ese individuo (historia de desarrollo, posible etiología, recursos propios, vulnerabilidades, tratamientos opcionales y pronóstico). Un diagnóstico formal, por contraste, abstrae atributos que relacionan al individuo con otros que tienen el mismo trasfondo.

- Un sistema de clasificación será útil desde el punto de vista clínico si su capacidad de diferenciación e inclusión son adecuadas. Esto quiere decir que los criterios deben extenderse a la totalidad de las perturbaciones y que cada parte debe excluir a las otras. Su poder de discriminación entre distintos síndromes debe ser alto para evitar solapamientos; los trastornos deben diferenciarse adecuadamente tendiendo al ideal, si el sistema fuese "absoluto", es decir, exhaustivo y excluyente: de un diagnóstico por sujeto.

Los estudios con población psiquiátrica adulta demuestran que hasta un 25% reciben un diagnóstico de trastorno mental no diagnosticado, Goodwin y Guze, 1979 (68). Además, otros estudios, Welner y col., 1979 (192), han señalado que en el adolescente el porcentaje es todavía mayor. Todo lo cual quiere decir que actualmente nuestros sistemas de clasificación psiquiátrica no son todo lo exhaustivos que deberían ser, aunque hay avances en este sentido en el campo de los adultos. El problema es más grave en el caso de los niños y adolescentes. Por ejemplo, en cuanto a la discriminación, un diagnóstico de reacción de adapta-

ción que puede ser aplicado a prácticamente todos los niños, no es una categoría útil para discriminar curso, evolución y tratamiento. \

Además de lo anterior, según Rutter, 1985 (160), un sistema de clasificación debe tener una adecuada cobertura, es decir: que los trastornos importantes no deben ser omitidos.

- Para algunos, los trastornos psiquiátricos infantiles no son entidades discretas, es decir: que no existe una total discontinuidad entre un trastorno y otro o entre la categoría de trastorno psiquiátrico y la normalidad, así entre otros, Spitzer, 1980 (175); Lorr, 1961 (114). Este último autor señala que hay dos modelos clasificatorios: el cualitativo y el cuantitativo. El primero parte de la idea de una efectiva discontinuidad entre cuadros patológicos. Cada perturbación es una entidad diferente de las otras y la observación procura determinar si esta perturbación está ausente o presente en el sujeto observado.

El modelo cuantitativo parte de una concepción de la perturbación como un continuo. Todos los sujetos pueden presentar síntomas de perturbación en mayor o menor grado y, por lo tanto, la determinación, o no, de su existencia es una cuestión de grado, de cantidad y covariación.

El primer modelo es considerado frecuentemente como modelo clínico, fundamentalmente utilizado en psiquiatría, mientras que el segundo modelo es el más comúnmente usado en el campo psicológico.

Spitzer, 1980 (175) señala que "el hecho de que no exista una total discontinuidad entre trastornos ni entre trastorno psiquiátrico categorizado y normalidad, no va en detrimento de la utilidad y necesidad de un sistema de clasificación".

- Puesto que los niños cambian, un diagnóstico es sólo una descripción puntual en un momento determinado de su desarrollo evolutivo.

Al contrario de lo que ocurre al clasificar los trastornos psiquiátricos de la vida adulta, la clasificación de los trastornos infantiles debe realizarse utilizando como punto de referencia las características evolutivas del desarrollo durante la niñez la infancia y la adolescencia.

En el caso de los adultos hay síndromes tradicionalmente conocidos y bien caracterizados de los que se dispone de amplia información clínica. En cambio, los psiquiatras infantiles tienen que ver con estados que en un momento dado de la vida del sujeto son considerados normales y en otros patológicos, por ejemplo, la enuresis.

Mientras que toda la psiquiatría debe resolver el problema de diferenciar la normalidad de la anormalidad o patología, al psiquiatra infantil se le plantea el problema adicional de definir los criterios de normalidad para diferentes edades y niveles de desarrollo. Sin embargo, como Rutter (160) apunta, no sería conveniente hacer clasificaciones para cada período de edad, sino que lo más conveniente sería incluir dentro de los criterios clasificatorios operativos los límites de edades en los cuales dichos trastornos pueden ser considerados como tales y además sería también necesario tener en cuenta que la maduración trae como consecuencia que la anormalidad se manifieste de formas diferentes en edades diferentes, dicho de otra forma: los diagnósticos en las edades infanto-juveniles son tremendamente móviles.

Además de los requisitos clasificatorios arriba comentados sería conveniente tener en cuenta los puntos siguientes:

- Las categorías diagnósticas deberían tener consistencia lógica y basarse en un conjunto de principios constantes y en unas reglas precisas.

- Los sistemas clasificatorios deben contener información que sea relevante a la situación clínica

y que ayude en las decisiones clínicas ya que aunque un sistema de clasificación no se construye con una única finalidad clínica sino que sirve además, para comunicarse con otros profesionales, recoger información, predecir, pronosticar y desarrollar conceptos amén de tener una utilidad administrativa. Reiteramos pues, que las necesidades clínicas deben ser tenidas en cuenta, por lo cual, la aplicación del sistema no debe ser compleja ni difícil, a fin de que los profesionales de la salud lo consideren un instrumento útil en la práctica clínica diaria.

I.5.2 Desarrollo de las clasificaciones en psiquiatría infantil.

I.5.2.1 Clasificaciones de la A.P.A.

A pesar de que las primeras clasificaciones de adultos datan del S. XIX, no fue hasta el año 1952 que apareció el primer intento clasificatorio en psiquiatría infantil. Esto fue gracias a la "American Psychiatric Association (APA)", la cual incluyó en su "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I)" unas categorías infantiles.

En esta clasificación, la mayor parte de los trastornos, excluyendo los retrasos mentales que aparecen en todas las clasificaciones, fueron denominados "reacciones". Este concepto fue acuñado por Adolf Meyer, 1948 (127) el cual concebía a los trastornos mentales como "reacciones a las tensiones por parte de la totalidad de la personalidad o unidad psicobiológica".

Los trastornos de etiología desconocida en esa clasificación se definían con una mezcla de descripciones narrativas e inferencias psicodinámicas.

Solamente se describieron dos categorías para la infancia, lo cual demostraba la pobreza taxonómica de esta clasificación, a saber: reacción esquizofrénica tipo infantil y reacción de adaptación de la infancia niñez y adolescencia.

También se les podía aplicar a los niños algunas de las categorías de los adultos, pero la mayor parte de los niños que eran vistos en los servicios de salud mental eran diagnosticados de reacciones adaptativas o no recibían ningún diagnóstico, ver Achenbach (1); Rosen, Bahn y Kramer, 1974 (159).

La clasificación que siguió cronológicamente fue la DSM-II, promovida también por la APA en 1968, y que continuó como su predecesora con el término "reacción", pero también añadió otros problemas de conducta tales como las reacciones, a saber: la hiperquinética, de inhibición, hiperansiosa, de huida, agresiva no socializada, de delincuencia en grupo. Estas categorías, como novedad, fueron sugeridas por medio de investigación empírica, ver Jenkins y Boyer, 1968 (85), aunque todavía fueron descritas en términos narrativos e inferenciales como en la otra clasificación anterior.

Las "reacciones de adaptación" continuaron siendo los diagnósticos más utilizados para los problemas infanto-juveniles, American Academy of Child Psychiatry, 1983 (7).

La siguiente clasificación, DSM-III (8) data de 1980, y añade más trastornos de la infancia-niñez y adolescencia y, lo más importante, cambió la forma en la que fueron especificados los trastornos en esas edades. Además esta clasificación aportó un sistema multiaxial de cinco ejes: el eje I comprende los síndromes clínicos; el eje II, los trastornos de personalidad y desarrollo; el eje III, las enfermedades físicas; el eje IV, las tasas de tensión psicosocial y por último, el eje V, el grado de adaptación en el último año.

Los dos primeros ejes corresponden a las taxonomías psiquiátricas tradicionales, pero definidas por medio de criterios operativos los cuales consisten en:

- Una lista de comportamientos de los cuales un

determinado número debe estar presente para cumplir los criterios que configuran el síndrome.

- Un período mínimo de tiempo en el cual deben estar presentes los comportamientos especificados en el punto anterior.

- Un criterio de edad a partir de la cual se pueden usar las categorías.

- Unos criterios para excluir un determinado diagnóstico, si los comportamientos son debidos a otros trastornos.

Posteriormente, ha aparecido una revisión del DSM-III, el DSM-III-R, APA 1987 (8), que mantiene estos principios generales, pero reduciendo los subtipos de trastornos, los subgrupos de criterios descriptivos dentro de los trastornos, y el número de criterios de exclusión.

I.5.2.2 Clasificación Multiaxial de la OMS.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) tiene sus orígenes en la Conferencia de la Lista de Causas de Muerte, celebrada en París en 1900. En esta lista no apareció desde un principio un apartado para los trastornos mentales; no fue hasta la quinta revisión, en 1938, que se incluyeron en la sección de enfermedades del Sistema nervioso y de los Órganos de los Sentidos.

No fue hasta la novena edición (CIE-9) en 1965, que se incluyeron los estados psiquiátricos específicos de la infancia.

En 1967, con ocasión del Tercer Seminario sobre Estadística y Clasificación de Trastornos Psiquiátricos celebrado también en París, y auspiciado por la O.M.S., se encargó a un grupo de psiquiatras infantiles que sentaran las bases para una revisión del capítulo de los trastornos específicos de la infancia y la adolescencia. Este grupo, al mismo tiempo se propuso desarrollar un sistema de clasificación en psiquiatría infantil útil, científico y que pudiese

ser aplicado internacionalmente, Rutter, Lebovici, Eisenberg y col., 1969 (160).

Esta serie de encuentros dieron su fruto con la propuesta de la Clasificación Multiaxial de Trastornos Infantiles, en 1975, ver Rutter, Shaffer y Shepherd, 1975 (160).

Se proponía esta clasificación que el diagnóstico fuese lo más amplio posible y que incluyese todos aquellos elementos importantes para una comprensión global del caso. Así según Rutter (160), "sería deseable que se incluyese el tipo de trastorno mental definido clínicamente, si hay, o no, retraso mental, la presencia o ausencia de enfermedad orgánica cerebral, etc..... Puesto que en la mayoría de los casos con una única clasificación no es posible incluir todos los factores que intervienen. La clasificación de enfermedades de la O.M.S. provee de esquemas multicategoricos, pero no hay reglas acerca de cuántas categorías usar o el orden en el que deben ser colocadas".

Los ejes de esta clasificación difieren de los del DSM-III; en esta son cuatro: Eje I, síndromes psiquiátricos; Eje II, nivel intelectual; Eje III, factores biológicos; Eje IV, influencias psicosociales. La novena edición de la CIE (1979), añade un quinto eje que da cuenta de los retrasos específicos del desarrollo.

I.5.3 Contenido de las clasificaciones.

I.5.3.1 Clasificaciones basadas en criterios clínicos.

Las clasificaciones intentan ayudarnos a entender fenómenos complejos abstrayendo ciertos atributos como una base para agrupar individuos o trastornos. Cada categoría de una clasificación es un constructo hipotético definido por atributos que son extraídos de entre otros atributos que caracterizan a los individuos. Se admite generalmente que los criterios clínicos de agrupamiento basados en signos y síntomas son

los más útiles para clasificar los trastornos mentales, basándonos principalmente en el modelo médico ya puesto en práctica el siglo pasado.

Los sistemas clasificatorios, no obstante, en el caso de los trastornos mentales, van más allá de la descripción de signos y síntomas como correspondería a enfermedades en las que se han descubierto unas causas claramente orgánicas. Es de señalar no obstante, por su sencillez la clasificación etiológica propuesta por Alonso-Fernández 1979, (6), que partiendo de una concepción polietiológica de los trastornos psíquicos del niño, los agrupa con un criterio multi-dimensional. Según este autor, "los distintos factores operativos en la causalidad de los trastornos psíquicos infantiles se distribuyen en estas tres series: factores disposicionales o endógenos, factores orgánicos o somatógenos y factores vivenciales o psicógenos". Estos factores se potencian y activan recíprocamente, de tal forma que un problema de conducta es a menudo el resultado de una acción mancomunada de factores de dos órdenes distintos. Otras veces prevalece el papel de un factor sobre los demás o, incluso, sólo interviene un factor más o menos morbígeno. La sistemática etiológica de los trastornos de conducta en la infancia se observa en la Tabla II.

I.5.3.2 Clasificaciones basadas en criterios empíricos.

Algunos, Ackerson, 1942; Hewitt y Jenkins, 1946; Lorr y Jenkins, 1953; Peterson, 1964; Miller, 1967, y más recientemente, Quay y Werry, 1979 (151), y sobre todo Achenbach, 1980 (1), han tratado de definir los trastornos mentales de los niños con criterios empíricos en lugar de hacerlo vía debate y negociación entre clínicos que es como se han confeccionado las clasificaciones tipo DSM-III y CIE-9.

En efecto, Achenbach (1), ha revisado la validez y estabilidad de ciertos síndromes conductuales definidos empíricamente mediante análisis factoriales.

Achenbach considera que la clasificación DSM-III no tiene suficiente fiabilidad especialmente en el caso de los niños y adolescentes. También en cuanto a la validez de la clasificación encuentra dificultades: contradicciones, inconsistencias y solapamientos de síndromes, por ejemplo: entre trastornos conductuales, oposicionismo y trastorno por déficit de atención. Este autor comienza su trabajo con el proyecto de encontrar "un sistema de clasificación útil, fiable y fundado en bases empíricas". Centra su búsqueda en alteraciones que no tengan base orgánica, porque, acerca de estos trastornos, considera exhaustiva la clasificación propuesta por Rutter en 1975 (1), excluye a las psicosis y al retraso mental, por considerar que son las perturbaciones cuyo conocimiento está mejor estructurado. Intenta, por lo tanto, conseguir una estructuración parecida de los síndromes menos conocidos y estructurados. Este autor parte del concepto de síndrome como "grupos de problemas de conducta que estadísticamente se encuentran asociados entre sí", esto es, como una "constelación" de problemas que habitualmente se presentan unidos. La base de definición es aquí la frecuencia estadística. No parte de ninguna interpretación etiológica y excluye formalmente cualquier modelo interpretativo conceptual de los trastornos. Pretende conseguir una clasificación que no repugne a ningún paradigma teórico.

Los datos de los que parte su estudio se obtienen de los profesionales de salud mental que rellenan unos cuestionarios, así como las asistentes sociales, los padres y maestros. En base a estos datos sometidos a análisis estadístico (covarianza, análisis factorial, análisis de "cluster", etc.), Achenbach y Edelbrock-1981 (1), describieron jerárquicamente unos síndromes o agrupamientos de rasgos o características conductuales.

1.5.3.2.1 Síndromes de banda ancha y de banda estrecha.

Tales síndromes eran: De banda ancha y de banda estrecha, los primeros genéricos y los segundos, más específicos, Tabla III.

Los catorce síndromes de Banda estrecha obtenidos por un estudio factorial de primer orden corresponderían aproximadamente a las teorías de las clasificaciones DSM-III y CIE-9. Tabla IV.

Los cuatro síndromes de banda ancha abarcan a dos o más de los de banda estrecha, Los nombres dados a los síndromes resumen los problemas que suelen presentarse asociados. Centrándose en los síndromes de banda ancha, al parecer hay bastante convergencia en todos los estudios, Quay, 1979 (151). Y si se consideran a los de banda estrecha como subtipos jerárquicos de los de banda ancha, también hay convergencia en los estudios acerca de algunos de los síndromes.

Bajo los epígrafes de los síndromes de banda ancha estarían las siguientes conductas:

Conductas exteriorizadas o subcontroladas serían conductas tales como la hiperactividad, la agresividad, los problemas de delincuencia, y, en general, todas aquellas conductas que se exteriorizan.

Conductas interiorizadas o hipercontroladas la inhibición, la timidez, la depresión, los problemas somáticos, la ansiedad, los desordenes de la personalidad, y todas aquellas conductas que tienden a la interiorización.

Desapego patológico, la falta de interés por los estudios, los novillos, la preocupación o el ensimismamiento, las ensoñaciones diurnas.

Problemas de aprendizaje se agrupan aquí, las discalculias, dislexias y disgrafias.

Achenbach describió este método, en contrapartida a los métodos clasificatorios basados en categorías clínicas, por las siguientes razones:

- Porque tienden a ver los trastornos infantiles como expresiones precoces de los trastornos de los adultos.

- Porque las definiciones de los trastornos en términos de categorías están sometidas a los siguientes sesgos:

- Correlación ilusoria, debido a que los criterios de las categorías son definidos como "asociados" sin basarse en estudios empíricos, simplemente por acuerdos intersubjetivos de los clínicos que intervienen en la elaboración de las clasificaciones.

- Representación heurística, por medio de la cual un problema infantil se define englobándolo en una categoría diagnóstica que, teóricamente, obedecería a las mismas causas aunque la realidad no sea así. Y además se da la falsa impresión de que conocemos el origen de dicho problema.

- Asequibilidad heurística, ya que las definiciones de los trastornos configuran nuestras interpretaciones de los mismos y los casos ilustrativos que se ponen como ejemplos nos predisponen a "etiquetar" de la misma manera a otros casos aparentemente similares.

- Sesgo confirmatorio, se busca confirmar en todos los casos clínicos las hipótesis causales de las que se parte, de tal manera que sólo se atiende a las evidencias que encajan dentro de una categoría previamente definida.

- Cierre prematuro, este sesgo puede impedir el pensamiento creativo cuando un caso parece encajar en una categoría previamente definida. Impide, pues, buscar con mayor amplitud de miras, enfoques alternativos, o a veces complementarios, de los casos clínicos los cuales nos pueden llevar a comprender mejor los factores múltiples que pueden incidir en un caso para su mejor resolución.

No obstante ser loables los intentos de este enfoque taxonómico, hay ciertas críticas que se le

pueden hacer:

En cuanto a la metodología, el propio Achenbach (1) es consciente de que la obtención de los datos plantea una serie de problemas:

En primer lugar, las distintas fuentes de donde se obtienen los mismos, la diversidad de los cuestionarios empleados, el número de individuos encuestados, los diversos niveles de edad, etc. Achenbach es consciente de que para perfeccionar este método hay que ampliar el tamaño de las muestras, de manera que sea posible dividir las por sexo, edad y clase social; hacer estudios de la severidad de los síndromes; diferenciar las evaluaciones de los distintos síndromes, etc.

Es conveniente replicar los hallazgos en diferentes muestras ya que con estas técnicas estadísticas se pueden producir artefactos importantes, ver Maxwell, 1972 (121); Everit, 1975 (52).

Otro problema que puede presentar este método viene derivado del hecho de que ha sido diseñado para tener en cuenta grupos de "items" conductuales que presentan la mayoría de los niños en diversos grados, y no para grupos de niños. Debido a esto se obtendrán agrupamientos de conductas, y no se puede esperar obtener síndromes diagnósticos claramente distinguibles unos de otros.

En cuanto a las técnicas, y diferenciando unas de otras, tenemos:

Que las técnicas de análisis factorial favorecen que los trastornos más raros puedan pasar desapercibidos, lo cual implicaría quedar sin ser clasificados, ver Lewis, 1954 (112); Hewitt y Jenkins, 1949 (81). Además estas técnicas están diseñadas para basarse en características que tienen algunos niños en común, más que en aquellas que les diferencian, sobre todo a los grupos extremos; por lo tanto los hallazgos en población general y en los grupos considerados clínicos han

sido bastante similares.

En cuanto a las técnicas de "cluster": se observa que diferentes métodos de este tipo de análisis dan diferentes resultados frente a los mismos grupos de datos. Al mismo tiempo, no hay unos medios satisfactorios para decidir cuántos diagnósticos de "cluster" proporcionarían la mejor clasificación.

Todas estas técnicas dependen enteramente de las medidas que se someten al análisis y de la población investigada. Así, si no se incluyen "items" de control de esfínteres, no se detectarán factores de enuresis-encopresis. Similarmemente, si el "cluster" no contiene una muestra de población esquizofrénica, no se detectarán agrupamientos de conductas esquizofrénicas.

Las, ya descritas, características de estos métodos estadísticos explican las diferencias de resultados entre diferentes investigadores y del mismo modo explican por qué algunos diagnósticos "raros", como el autismo infantil y la neurosis obsesiva no emergen como categorías en tales estudios. No obstante, incluso con estos métodos, se han descrito, y hay un acuerdo general respecto a su existencia, ciertos síndromes o variables tales como:

- Alteraciones emocionales; Las cuales se caracterizan por: síntomas de miedo, ansiedad, tristeza y quejas somáticas. Esta variable ha sido demostrada por casi todos los estudios. Hewitt y Jenkins, 1949 (81); Peterson, 1961 (145); Patterson, 1964 (141); Quay, 1964 (151); Wolff, 1971 (198); Behar y Stringfield, 1974 (18); Kolvin y col., 1975 (99). Este factor está presente en casi todas las edades, desde el período preescolar hasta la adolescencia. Algunas veces se ha hecho una distinción entre: comportamiento temeroso-ansioso y comportamiento depresivo-inhibido, así Jenkins, 1966 (85); Wolff, 1971 (198). Aunque esto ha sido poco consistente en otros estudios.

- Alteraciones conductuales. Se caracterizan por: desobediencia, conductas alborotadoras, destructivas, agresividad y delincuencia. En algunas investigaciones se han hecho distinciones dentro de esta misma variable entre: comportamiento agresivo y delincuencia, así Wolff (198), o entre comportamiento agresivo no socializado y socializado, Hewitt y Jenkins (81); Quay (151).

- Grupo hiperquinético. Caracterizado por: hiperactividad, déficit de concentración y escasas relaciones con los iguales, Jenkins (85); Behar y Stringfield (18); Schachar y col., 1981 (167). En este grupo existe un cierto grado de solapamiento con el factor de alteración de conducta.

- Algunos investigadores, han descrito otros factores como: el de Enuresis/encopresis, Wolff (198); Kolvin y col. (99), en niños pequeños y otro de Inmadurez consistente en: cortos períodos de atención, pasividad y ensopaciones diurnas, Peterson y col. (145); Quay y Quay, 1965 (151). Aunque ninguno de estos últimos factores ha sido tan consistente y bien definido como los emocionales y conductuales.

1.5.3.3 Conclusiones acerca de los métodos clasificatorios.

Para concluir, diremos que otro autor, Rutter (160), da a estas técnicas estadísticas una gran importancia para determinar la validez diagnóstica de trastornos poco comunes y para medir el grado de solapamiento entre dos síndromes previamente definidos clínicamente. Así, Bartak y col., 1977 (15) usaron estos métodos en un estudio comparativo de niños con autismo infantil y disfasia receptiva evolutiva, demostrando que había poco solapamiento entre ambos diagnósticos. También Kolvin (99), encontró poca diferencia de sintomatología entre las psicosis infantiles (autismo) y las psicosis de comienzo más tardío (esquizofrenia).

Según este mismo autor Rutter, "no es suficiente

mostrar con métodos estadísticos que los síntomas se agrupan juntos para formar categorías diagnósticas consistentes, sino que, si las categorías han de ser útiles al clínico, este debe preguntarse si las diferencias entre categorías, determinadas por los métodos estadísticos o clínicos, en aspectos tales como: características familiares, biológicas, edad de comienzo, distribución por sexos, asociación con problemas escolares, etiología, respuesta a los tratamientos y resultados. Sólo en caso de ser así, las clasificaciones merecen la pena".

Como Rutter y Schaeffer, 1980 (160), han señalado, "En el estado actual de nuestros conocimientos, los criterios diagnósticos, en psiquiatría infantil, más útiles son aquellos que permanecen globales y descriptivos. Las subdivisiones demasiado finas están más allá de nuestro conocimiento y, por lo tanto, pierden fiabilidad así como validez".

No obstante lo anterior, hay una evidencia cada vez más grande para considerar las categorías diagnósticas amplias esencialmente válidas, i.e.: los problemas de ansiedad, los trastornos de conducta, el autismo infantil, la esquizofrenia y los retrasos del desarrollo. Queda un poco incierto el estatus nosológico de los problemas depresivos en los prepúberes, sin embargo, existe suficiente evidencia en términos de edad, sexo, persistencia de síntomas y, probablemente también, en cuanto a historia familiar y patrón bioquímico, para distinguirlos de los trastornos emocionales.

Habría también fundamento para separar otras condiciones que no encajarían en las categorías antedichas: psicosis desintegrativas, trastornos por tics y la anorexia nerviosa.

Hay, asimismo, otros trastornos que caerían fuera de estas categorías como, por ejemplo: el grupo de trastornos en los cuales coexisten síntomas conductua-

les con problemas emocionales, Rutter y col., 1970 (160). Estos trastornos son frecuentes y, al no encajar en las otras categorías, sería esencial tener una categoría de trastornos mixtos. Dichos trastornos, en realidad, no difieren en los componentes que los constituyen: ansiedad, no sometimiento a unas reglas, etc., pero sí en el agrupamiento de los mismos componentes.

Otro problema es el de los solapamientos entre diagnósticos, por ejemplo: entre el trastorno hiperquinético y los trastornos de conducta. Hay datos que sugieren que los trastornos por déficit de atención profundos y generalizados, con o sin hiperactividad, constituyen un síndrome con pleno derecho, Schachar y col. (167); Taylor y col., 1984 (178). Sin embargo, no hay seguridad en cuanto a la aplicación de dicho diagnóstico en niños muy pequeños, Cohen y Minde, 1983 (37), y tampoco hay bases para atribuirlo a ninguna forma de daño cerebral, Rutter (160).

Por último, hay una serie de trastornos que tienen identidad propia y no pueden ser agrupados fácilmente, ni entre ellos ni con los otros ya considerados: encopresis, pica y movimientos estereotipados repetitivos.

En cuanto al caso de los trastornos característicos de los adultos, tales como: dependencia a drogas o las psicosis afectivas bipolares; si ocurriesen en edades infantiles, deberían ser clasificadas de la misma manera que en los adultos.

I.5.3.4 Factores extracientíficos que influyen en la evolución de las ciencias.

Hasta ahora hemos visto como se ha desarrollado la psiquiatría como ciencia técnico-empírica, como a su sombra nació la psiquiatría infantil, adoptando al principio sus modelos, y especialmente el modelo médico, como otros modelos diferentes al modelo médico fueron añadiendo sus aportaciones y paradigmas teóri-

cos configurando de esta forma las ideas que los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental poseían y actualmente poseen en cuanto al modo de enfermar psíquicamente los niños, y también, hemos visto como se han ido poco a poco perfilando las clasificaciones en este campo, según el grado de conocimientos que han ido aportando la clínica de la mano de la investigación desde el comienzo del interés por la infancia hasta llegar a nuestros días.

No quisiéramos sin embargo pasar por alto los factores extracientíficos que influyen en la evolución de las ciencias que ya fueron señalados por Kuhn, 1970 (102) y que afectan a una comunidad o grupo de científicos, los cuales por motivos no racionales se oponen a los cambios introducidos en el lenguaje científico preponderante hasta ese momento.

Blashfield, 1982 (19) describe el proceso por el cual un grupo de individuos con intereses comunes es capaz de influir en el lenguaje psiquiátrico por medio de la introducción de unos nuevos conceptos, por ejemplo, clasificatorios, y por medio de la redefinición de los antiguos conceptos. El asunto no es la introducción de nuevos conceptos o la revisión de los antiguos, "sino el alcance hasta el cual un nuevo paradigma reestructura la forma en la cual un colectivo define sus problemas relativos a un campo científico y, haciendo esto, altera sustancialmente el trabajo científico preponderante hasta ese momento, reorganizando la forma de tratar con los problemas". Continúa este autor, "El cierre prematuro en relación a como son definidos los problemas puede tener solamente un elemento adverso sobre el desarrollo y crecimiento del conocimiento" (19).

Pasaremos a continuación a analizar los datos obtenidos a lo largo de dos períodos anuales en un mismo servicio de psiquiatría infantil para demostrar los cambios sucedidos en diferentes variables no sólo



conceptuales y clasificatorias, sino también socio-demográficas y actitudinales respecto a los problemas de salud mental en el período infantil.

II. COMPARACIONES ENTRE AMBOS AÑOS

1. COMPARACION GLOBAL

II PORTE: COMPARACION DE VARIABLES ENTRE LOS AÑOS 55 Y 89
 II.1 COMPARACION GLOBAL.
 II.1.1 Número de pacientes y edades de consulta.

Comparando el número de niños vistos anualmente en el mismo servicio en un lapso de tiempo de treinta y cuatro años, se observa lo siguiente:

En cuanto al número de pacientes atendidos, se observa un incremento de aproximadamente cuatro veces más pacientes atendidos en el año 89, Tabla IV.

La tendencia de utilización fue incrementándose con el tiempo a lo largo de los últimos treinta y cuatro años, Gráfica I.

La edad media es de 8.25 años en 1955 ($\sigma = 1.88$) y de 8.6 en 1989 ($\sigma = 0.81$).

Los intervalos de edades, son los representados en la Tabla V. A este respecto, cabe destacar: las diferencias entre ambos años no son significativas exceptuando el intervalo de edad de 0 - 2.5 años que esta significativamente más representado en el año 1955 ($\chi^2 = 5.746$, G.L.=1, $p < 0.01$) debido probablemente al tipo de patología predominante en ese año, retrasos psicomotrices, más grave y de más precoz aparición. Sin embargo, es de señalar que en ambos años las edades escolares que corresponden a los intervalos de 5.5 - 11.5, son las edades más representadas, sin olvidar los intervalos de las edades preescolares (2.5 - 5.5) y de preadolescencia (11.5 - 14.5), los intervalos extremos, (0 - 2.5) lactantes y niños pequeños, así como la adolescencia (14.5 - 18.5) están relativamente poco representadas.

Cuando analicemos los diagnósticos anuales los pondremos en relación con la edad, sin embargo, coincidimos con los hallazgos de varios autores en hacer notar la edad de 8 años como clave en la aparición de ciertas conductas que no tienen continuidad en edades posteriores, Lessing, 1973 (111). En efecto, los estudios que han puesto en relación la perturba-

ción de las conductas infantiles con la edad, tienden a coincidir en que las conductas perturbadas cambian con la edad. Existe un primer período de alta incidencia, un segundo período con descenso de la problematidad que correspondería a los 6-12 años, y una vuelta a la problematidad en la adolescencia. Ver Lapouse y Monk, 1959 (107); Werry y Quay, 1971 (193); Thomas y Chess, 1976 (179); Achenbach y Edelbrock, 1981 (1). Aunque estos autores dan el período de los 6-12 años como de disminución de la problematidad, en realidad se refieren a conductas alteradas (problemas de conducta, hiperactividad, retrasos en el control de esfínteres, trastornos de sueño, etc.) que se han manifestado primitivamente en edades más tempranas y que, efectivamente, disminuyen de intensidad y frecuencia en estas edades. Sin embargo, las perturbaciones que se inician en estas edades suelen ser las más resistentes y las que permanecen durante más tiempo, ver Cowen, 1973 (40).

Las conductas que se perturban en la primera etapa de la vida del niño son más numerosas, pero de mejor pronóstico en general, salvo en las psicosis infantiles, autismo, etc., y el retraso mental. El período de tiempo hasta los seis años, por otra parte, es como un compás de espera que se dan las familias y algunos profesionales que no son de salud mental para decidir si un niño tiene que ir al especialista o no. Por otra parte, en el período de los 6-12 años, que está representado ampliamente en nuestra muestra en ambos años, comienza la escolarización que supone por un lado, la detección de problemas de inteligencia e instrumentales (retrasos de lecto-escritura, etc.) y, por otro, de problemas emocionales (ansiedad de separación, timidez, etc.) que hasta ese momento estaban encubiertos dentro del medio familiar más protector.

Por otra parte, el período de la adolescencia

supone también un aumento en la problematización de las conductas, si bien es muy difícil discriminar en esta época cuáles de estas conductas van a tener en un futuro consecuencias psicopatológicas o simplemente se trata de fenómenos transitorios.

Todos los estudios a este respecto, efectuados en población general, dan unos índices del 16 al 25% de trastornos moderados o graves. Sin embargo, está demostrado en estas edades, que es difícil que un adolescente vaya "motu proprio" al especialista o que consienta en ser llevado por la familia, a no ser que el problema revista una suma gravedad (brote psicótico, intento de suicidio, etc.), esto explicaría la baja incidencia de pacientes en esa edad en nuestras muestras en ambos años.

II.1.2 Sexo de los pacientes.

En cuanto al sexo de los niños que consultaron en este servicio en los dos períodos anuales, no existen diferencias significativas entre ambos, varones ($\chi^2 = 0.0246$, G.L.=1, N.S.); mujeres ($\chi^2 = 0.030$, G.L.=1, N.S.), ver Tabla VI (a). Llama la atención la predominancia en ambos años del sexo masculino sobre el femenino en una relación de 1.3-1.4 varones por cada mujer. Esto concuerda con los resultados de otros estudios epidemiológicos, Lapouse y Monk, 1964 (107); Werry y Quay, 1971 (193), que encuentran más problemas en los varones que en las mujeres, otros, como Miller, 1971 (128) y Rutter (160), encuentran una homogeneidad e incluso superioridad en las mujeres en cuanto a las conductas perturbadas. Llama la atención que en edades escolares 8.5-11.5, en el año 1955, y primera infancia 0-2.5 y escolares 5.5-8.5, en el 1989, consultaron doble número de chicos que de chicas, en el resto de los intervalos de edades, existe preponderancia de varones en las proporciones señaladas, excepto en el año 1955 en el que consultaron más adolescentes chicas que chicos Tabla VI (b).

II.1.3 Nivel académico

Otro dato que tipifica las muestras de los dos años considerados es el del nivel académico alcanzado por los niños que consultaron. Como muestra la Tabla VII, la mayor parte de los niños están en un nivel de estudios primarios, lo cual por otra parte concuerda con el mayor porcentaje de niños que consultan cuyas edades están en el intervalo de 5.5 - 11.5 años, es decir, la edad escolar.

En ambos años la muestra se encuentra cursando, en su gran mayoría, estudios primarios, 47.663% en el 1955, 63.275% en el 1989, las diferencias en número de niños que cursan estudios primarios entre ambos años son significativas ($\chi^2 = 3.604$, G.L. = 1, $p < 0.05$). También lo son las de niños que cursan preescolar ($\chi^2 = 3.697$, G.L. = 1, $p < 0.05$).

En el año 1955, llama la atención la gran proporción de niños sin escolarizar, 44.431%, la diferencia entre ambos años es muy significativa ($\chi^2 = 28.029$, G.L. = 1, $p < 0.0000001$). Esto vendría explicado por el tipo de patología predominante en los niños de este año: retrasos mentales y problemas orgánico cerebrales, además, muchos de ellos no tienen recursos sociales, un 35% procede de zonas rurales donde no existían en esa época centros especiales de rehabilitación para este tipo de problemas. Tampoco poseían medios económicos, un 55.357% tenía un nivel social bajo que les imposibilitaba el acceso a los pocos centros que había en algunas poblaciones grandes, la diferencia de utilización de centros de educación especial entre ambos años son significativas ($\chi^2 = 7.346$, G.L. = 1, $p < 0.00067$).

En el año 89 por el contrario, hay una mayor diversidad de opciones académicas, guarderías, colegios, institutos, centros de formación profesional, amén de un mayor número de centros de educación especial.

En cuanto a las guarderías, la diferencia de utilización entre ambos años son significativas ($\chi^2 = 6.927$, G.L. = 1, $p < 0.0085$). En efecto, el número de niños que asisten a ellas ha experimentado un espectacular ascenso, de un 0% a un 6% debido a la incorporación de la mujer al mundo laboral (36).

II.1.1.4

Derivantes.

Derivante es aquel que se da cuenta del problema y efectúa la demanda de atención.

Es difícil precisar por las historias clínicas el origen auténtico de la demanda Tabla VIII. En cuanto a los años 50, porque no se consideraba tan importante hacer un "análisis de la demanda", esto lo demuestra el elevado porcentaje (24.561%) de historias clínicas que no incluyen el derivante, la diferencia con el año 1989 es significativa ($\chi^2 = 26.384$, G.L. = 1, $p < 0.0000001$). Hoy en día, se considera que, para una buena organización de los recursos asistenciales y preventivos es necesario un nivel administrativo de análisis de la demanda, "para poder adecuar los recursos sanitarios a las necesidades reales y las demandas de la comunidad a la que se va a atender" Enrique Muñoz, 1980 (49); Caplan, 1980 (30). Este análisis permite conocer qué instituciones sociales y comunitarias conocen y acceden a los servicios de salud mental, qué tipo de problemas plantean para ser atendidos, nos permite saber el grado de utilización de los recursos, quiénes los utilizan y por qué, y si es necesario desarrollar otros, ver Wing, 1972 (195).

Existe otro nivel de análisis de la demanda que surge cuando se aplican otros paradigmas distintos del médico (psicodinámico o sistémico). Estos paradigmas tratan de discriminar las demandas manifiestas o reales, explícitas o implícitas, Bateson, 1984 (16), Jackson, 1957 (84), Bowen, 1966 (23), Bleger, 1979 (20). Estas variables son muy útiles para planificar la intervención o el tratamiento, sin embargo, no

encontramos desarrollado este último nivel de análisis en las historias del año 1955 y si en las del 1989, que son más amplias en extensión y con más apartados que rellenar por parte del entrevistador, ver Formato de historias, Figuras I y II.

En cuanto a los derivantes, sin entrar en matizaciones acerca de las motivaciones de la demanda, observamos que en el año 55 los principales derivantes son las familias, la diferencia es estadísticamente significativa con respecto al año 1989 ($\chi^2 = 39.675$, G.L. = 1, $p < 0.0000001$), y esto debido principalmente a la falta de desarrollo de una red asistencial comunitaria que incluyese servicios extrahospitalarios y que actuase como filtro y canal de derivación. En el año 89 se encuentra desarrollada en la Comunidad de Madrid una red asistencial comunitaria que canaliza las demandas, es más, el servicio de psiquiatría infantil forma él mismo parte de esa red como Centro de Salud Mental Infanto-juvenil, y por esto es conocido y tenido en cuenta como un recurso por parte de otras instituciones comunitarias (médicos de atención primaria, asistencia social, instituciones escolares, psicopedagógicos, instituciones judiciales, etc.), que lo utilizaban en mayor o menor medida.

En el año 1989, el derivante más importante fue el propio hospital donde está ubicado el servicio, significativamente diferente con respecto al otro año ($\chi^2 = 80.947$, G.L. = 1, $p < 0.0000001$). Dentro de esta, los derivantes más importantes fueron:

El servicio de Neurología Infantil, que deriva a los niños tras previo estudio neurológico. Este servicio deriva todos los cuadros orgánicos cerebrales para ser evaluados en su desarrollo, si son niños pequeños, y para estudiar sus capacidades intelectuales, si son ya mayorcitos. El a su vez, detecta entre los pacientes que acuden a su consulta, problemas específicos de desarrollo y retrasos escolares,

que remite al servicio de psiquiatría infantil para su estudio. Aquél es requerido por el servicio de psiquiatría infantil para estudiar neurológicamente a algunos niños.

El servicio de Pediatría, deriva a los niños que ve, tanto ambulatoriamente como intrahospitalariamente, si detecta en ellos algún problema de salud mental, retraso de desarrollo o déficit intelectual.

Estos niños también fueron objeto de estudio orgánico previamente a su derivación.

Dentro del servicio de pediatría, el departamento de Neonatología también contribuyó a las derivaciones en este año con bebés de alto riesgo, Hayden & Haring, 1974 (77); García Etcheberry, 1975 (61), es decir, "todos aquellos niños que corren el riesgo de ver afectado el curso de su desarrollo por causas de origen prenatal, natal o postnatal".

Oftalmología es el tercer servicio que deriva a los niños por orden de frecuencia, esto es así, porque hizo un convenio con psiquiatría infantil para por un lado, preparar a los candidatos para la operación de corrección del estrabismo y también, para descartar patología psiquiátrica en niños que van a ser sometidos a dicha operación.

En algunos casos el derivante fue el servicio de Psiquiatría general del hospital, principalmente por hijos de pacientes mentales y por familias con problemas.

En todos estos casos el servicio de psiquiatría actuó como interconsultor o "enlace" con los otros servicios del hospital.

La función de interconsultoría asignada al servicio de psiquiatría infantil corresponde a un cambio en la forma de concebir el papel de la salud mental en general y el de la salud mental en la infancia con relación al resto de las especialidades médicas, intra y extrahospitalariamente.

En efecto, es una opinión general la de que "los hospitales generales y en especial los departamentos de pediatría y psiquiatría general deberían disponer de un interconsultor en paidopsiquiatría, articulado y coordinado y participando del trabajo interdisciplinario, para que de esta forma se obtenga una visión global del enfermar del niño", Pedreira y Menéndez, 1981 (142).

Las características que debe tener una interconsulta de psiquiatría infantil son:

- Presencia del equipo, al menos un tiempo determinado, en el mismo lugar donde esté el servicio que va a demandar la interconsulta.
- Respuesta a la petición de interconsulta lo más pronto posible, pues si no es así, el niño, sobre todo cuanto más pequeño sea, puede sufrir un importante impacto en su desarrollo.

En el año 1955 también se hicieron labores de interconsultoría, pero a juzgar por los porcentajes reflejados en el análisis estaba menos desarrollada.

Dignas de mención, aunque no demasiado importantes en ambos años, fueron las peticiones de consulta efectuadas por el propio paciente, más propias de adolescentes y de niños algo mayorcitos, puesto que a los más pequeños les suelen llevar los padres o familiares que son los que detectan el problema o de alguna manera lo definen, imbricándose de esta manera la demanda de los padres y la del niño en un interjuego de importantes implicaciones terapéuticas, Mannoni (117).

Aunque no se reflejan unas diferencias significativas en los dos años considerados respecto de las derivaciones de médicos públicos, servicios sociales, psicopedagógicos etc., para algunos autores estas instancias están muy relacionadas con unas buenas tasas de detección y utilización de los recursos de salud mental comunitarios, Sawyer y cols., 1990 (166).

II.1.5 Motivos de consulta.

Los motivos de consulta en ambos años se distribuyen tal y como se muestra en la Tabla IX. y en el Gráfico II.

En los pacientes vistos en el año 1955 predominan los motivos de consulta por problemas somáticos, 48.245%. Los problemas somáticos incluyen: trastornos neurológicos, enfermedades orgánicas, en las que se sospecha o hay que descartar factores psicológicos, problemas de expresión somática, aunque probablemente sus causas sean psicológicas (enuresis, encopresis, tics, anorexia), problemas de sueño, no emocionales.

En segundo lugar, se encuentran los trastornos de conducta, dentro de éstos, los trastornos de conducta en el ámbito familiar son los más numerosos, 41.227%.

En tercer lugar, se encuentran los retrasos madurativos del desarrollo (retrasos psicomotrices, de lenguaje, retrasos globales y específicos de alguna función instrumental), corresponden a un 30.701%.

En el año 1989, aparecen como motivo principal de consulta, las dificultades escolares, un 30.445%, seguido de los problemas somáticos, un 27.475%, estudio de inteligencia, un 23.762%, problemas madurativos del desarrollo, un 21.534%, trastornos de conducta, en la sociedad y en el colegio principalmente, un 20.514%, y descartar un problema psiquiátrico, 15.346%, después, estarían los problemas emocionales (miedos, ansiedades, depresiones), 13.118%.

Al comparar ambos años, notamos las siguientes diferencias en los motivos de consulta:

Las consultas por problemas de expresión somática son significativamente más frecuentes en el año 1955 ($\chi^2 = 6.485$, G.L. = 1, $p < 0.01$). En cuanto a los problemas madurativos del desarrollo, las diferencias entre ambos años no son significativamente importantes, a pesar de la predominancia en el año 1955 del diagnóstico de retraso mental, de causa neurológica la

mayor parte de las veces y asociado con epilepsia, parálisis etc., con los consiguientes problemas de retraso madurativo que este diagnóstico conlleva y la detección, por llamativa, por parte de las familias fundamentalmente, también en el 1989 existía una preocupación por el desarrollo madurativo de los niños aunque los diagnósticos no fuesen tan graves en cuanto al pronóstico como en el 1955. También son significativamente más frecuentes en el año 1955 ($\chi^2 = 7.889$, G.L. = 1, $p < 0.005$) los motivos de consulta por problemas de conducta, quizás debido como veremos más adelante a la menor tolerancia de las familias de esos años a los comportamientos disruptivos de sus hijos, por el concepto de autoridad y disciplina que predominaba en las familias de esta época.

En el año 1989, son significativamente más frecuentes las dificultades escolares ocupando el primer lugar de los motivos de consulta ($\chi^2 = 22.286$, G.L. = 1, $p < 0.000002$). Esto se puede explicar por los cambios sociales que han tenido lugar, en cuanto a considerar, el fracaso escolar y los retrasos escolares como un problema que requiere consulta especializada de psiquiatría. Cuando analicemos los síntomas y los diagnósticos en los dos años considerados, veremos las causas que subyacen a este incremento en los motivos de consulta por problemas académicos. De momento señalaremos que el aumento de este motivo de consulta es consecuencia de unos cambios sociales consistentes en una sobrevaloración de la capacidad intelectual y de los rendimientos académicos dentro de una sociedad cada vez más tecnificada y competitiva.

Este es el telón de fondo bajo el que hay que considerar de entrada el aumento del interés de los profesionales de salud mental y de las familias por los problemas académicos. También apoya esta apreciación el hecho de que el motivo de consulta para estudio de inteligencia es significativamente más

frecuente en este año ($\chi^2 = 19.347$, G.L. = 1, $p < 0.00001$). El estudio de inteligencia como motivo de consulta, es también consecuencia de las interconsultas de los diferentes servicios algunas veces para completar un estudio o para verificar una hipótesis; no obstante, el servicio de psiquiatría infantil no se limitaba a efectuar la valoración de un C.I., sino que hacía una evaluación del caso desde el punto de vista de la salud mental y se hacía la devolución al referido servicio en términos de una intervención preventiva o terapéutica. Queda para más adelante el análisis de los síntomas y diagnósticos que apoyan los conceptos de: fracaso escolar, bajo rendimiento escolar, absentismo escolar, miedo a ir a la escuela, problemas instrumentales, etc., que se encuentran detrás del epígrafe "problemas escolares".

Los problemas de conducta en el año 1989 han cambiado cualitativamente, ya que se manifiestan principalmente en este año en la sociedad y en la escuela, y en ello van implícitos cambios familiares y sociales que analizaremos en su momento.

El motivo de consulta problemas emocionales, es igualmente frecuente en ambos años, así como el de investigar un problema psiquiátrico que tiene detrás el concepto de "intervención en crisis" o el de "niño de alto riesgo" ya sea por proceder de un ambiente patógeno, por tener que ser intervenido quirúrgicamente o por problemas pre, peri o posnatales.

II.1.6 Síntomas actuales.

Analizando más los problemas o síntomas actuales que subyacen a los motivos de consulta en los dos años, tenemos:

II.1.6.1 Síntomas consistentes en retrasos madurativos.

En el año 55 los problemas relacionados con la marcha son significativamente más importantes ($\chi^2 = 5.278$, G.L. = 1, $p < 0.02$), Tabla X. Esto es debido a la alta incidencia de retrasos mentales con problemas

neurológicos asociados.

En cuanto a los retrasos específicos, prácticamente no hay diferencias significativas entre ambos años, excepto en una mayor incidencia de retrasos de lecto-escritura en el año 89 ($\chi^2 = 6.100$, G.L. = 1, $p < 0.01$), también son importantes en ambos años los retrasos psicomotrices, las dislalias y los retrasos del lenguaje. Los retrasos escolares en ambos años son numerosos, la diferencia no es significativa, y obedecen a causas diferentes. En el año 1955 los retrasos escolares son debidos a la alta incidencia de retrasos mentales, que dan un nivel de rendimiento escolar muy bajo. En el año 89, el retraso escolar no es debido a los mismos factores que en el 1955, en este año, no se hace más que seguir la tendencia predominante en la sociedad. En efecto, las estadísticas de estos últimos años dan un porcentaje decreciente de niños que obtienen el graduado escolar, y una creciente de niños que sólo obtienen el certificado escolar, o lo que es lo mismo, estos últimos no acaban sus estudios primarios, según B. Tierno Jiménez, 1984 (180), "aproximadamente un tercio de la población escolar de 8º curso de E.G.B. no alcanza la titulación de Graduado Escolar". Y este hecho se refleja en la preocupación de padres y maestros por encontrar las causas de este fracaso escolar en problemas psiquiátricos, de lo cual da cuenta un mayor número de consultas, como hemos señalado ya, en este año por dificultades escolares.

II.1.6.2 Síntomas comportamentales.

II.1.6.2.1 S. comportamentales no delictivos.

Comparando las alteraciones comportamentales entre ambos años, Tabla XI, se llega a la conclusión de que no existen diferencias significativas entre ambos años. La inquietud psicomotriz es el síntoma predominante en ambos años, 33.3% en el 1955, 25.99% en el 1989. Este es un motivo de queja muy frecuente

por parte de padres y maestros, Taylor, 1986 (178), detrás de él, se encuentran un conjunto de conductas tales como: excitabilidad, desasosiego, hiperactividad, las cuales pueden obedecer a múltiple motivos: falta de tolerancia del medio a una normal actividad del niño, y que no tiene un significado patológico, inquietud ansiosa, el llamado síndrome hiperquinético, y el eretismo o inquietud extrema de algunos retrasados mentales Mendiguchía (126). Para saber de que tipo es la inquietud en cada uno de los años considerados, habrá que asociarla con otros síntomas. Así por ejemplo, en el año 1989, se observa una mayor frecuencia del síntoma distraibilidad, 18.3% frente a un 13.1% del año 1955, esto unido a que también es más frecuente el síntoma impulsividad en el año 89, (5.4% frente a 2.63%) que en el 55, nos lleva a inferir que el tipo de trastorno que subyace a la inquietud en el año 89 es el trastorno hiperquinético, que se caracteriza por la triada: inquietud motriz, déficit de atención e impulsividad, DSM-III, (8). En el año 55 la inquietud reseñada correspondería principalmente, al "eretismo" de los retrasos mentales ya que este es el diagnóstico más frecuente en este año.

Las otras alteraciones de la conducta predominantes en ambos años son: agresividad, desobediencia, mentiras, caprichos, rabietas, indiferencia, etc. en diferentes tasas de frecuencias en ambos años, pero igualmente representadas, estos síntomas conductuales, en conjunto, son significativamente más frecuentes en el año 1955 ($\chi^2 = 4.856$, G.L. = 1, $p < 0.02$).

Estos síntomas, coinciden en su presentación con los "items" encontrados en diferentes estudios que han intentado categorizar en forma de trastornos de comportamiento, las diferentes conductas alteradas. Así, Quay, 1965 (151), sintetizando todos los estudios factoriales que se han efectuado en diferentes épocas y por diferentes autores acerca de problemas de

conducta y agresividad, llegan a la conclusión de que hay una serie de características que se repiten constantemente en todos: peleas, en 26 estudios; rabietas, en 24; desobediencia, en 23; destructividad, en 22; en algunos menos aparecen: robos, provocación y falta de cooperación.

Es conveniente agrupar las alteraciones de conducta en: trastornos de conducta no delictivos, para diferenciarlos de los otros.

II.1.6.2.2 Trastornos de conducta delictivos.

Estos son más graves, y en ello intervienen las autoridades sociales (policía, jueces, etc.). Wolff, 1985 (198).

En cuanto a los problemas de conducta más graves, es decir: destructividad, fugas, insociabilidad, robos, delincuencia y abuso de sustancias, se observa un aumento absoluto en el año 89 de las conductas francamente delictivas y de la drogadicción, 12.137% en total, con respecto a los otros síntomas, y esto es estadísticamente significativo ($\chi^2 = 11.178$, G.L. = 1, $p < 0.0008$).

Con respecto a las conductas delictivas, ya Achenbach y Edelbrock (1), describieron en 1983 un síndrome delictivo consistente en: asociarse con chicos problemáticos, mentir, ser tramposo, fugas del hogar, robos en casa o fuera de ella, lenguaje obsceno y con juramentos. El término delincuente es usado por los autores en el sentido de "violar reglas de conducta social sin que signifique que haya tenido problemas con la justicia, y quizás nunca los tenga, pero si estas conductas persisten en la niñez tardía o en la adolescencia, es muy posible que se traduzcan en actos de tipo delictivo". El concepto de delincuencia es más bien social y jurídico, y aunque ciertas escuelas le han tratado de aplicar el modelo médico-psiquiátrico, Lombroso entre ellos, actualmente se trata de comprender desde el modelo sociológico o ecológico (161). El

interés en estos últimos años en los problemas de conducta que aparecen en la infancia es debido al hecho de ser posibles "predictores" de conductas delictivas en la edad adulta, véase Farrington, 1990 (55).

II.1.6.2.3 La drogadicción.

La drogadicción como síntoma también es característica exclusiva de la muestra del año 89, se observan tres casos que suponen un 0.742% de la muestra total. Representa este un fenómeno nuevo en las consultas de psiquiatría infanto-juvenil. También se da un caso de excesivo consumo alcohólico, 0.247% de la muestra en ese año. No es por tanto muy frecuente pero ya indica una tendencia entre los jóvenes en esta época.

II.1.6.3 Problemas emocionales.

Bajo el epígrafe de problemas emocionales se agrupan aquellos síntomas que varios estudios, entre ellos Achenbach y Edelbrock (1), denominan conductas internalizadas o hipercontroladas y que comprenden factores de ansiedad y retraimiento social así como sentimientos de inferioridad, timidez, lloros, hipersensibilidad, depresión y tristeza crónica.

Para efectos prácticos, dividiremos los problemas emocionales en: problemas ansiosos y problemas de tipo depresivo, aunque la práctica demuestra que se asocian con bastante frecuencia, Hersov, 1985 (79).

II.1.6.3.1 Problemas ansiosos.

En cuanto a los problemas ansiosos, la comparación entre los dos años arrojan los siguientes resultados: los miedos y las fobias, son bastante frecuentes en ambos años Tabla XII, aunque porcentualmente son más numerosas estos síntomas en el año 89 (12.871% frente a 4.385%) que en el 55. También en el 89 se da una mayor variedad de conductas ansiosas y en mayor número: ansiedades de separación, ansiedades varias (preocupaciones escolares, acerca de familiares,

acerca de enfermedades, etc.) y crisis ansiosas, en total 13.1% de todas las conductas ansiosas frente al 1.754% del año 55 ($\chi^2 = 20.115$, G.L. = 1, $p < 0.000007$).

Los síntomas de ansiedad durante el sueño ocupan un lugar relevante en ambos años: el hablar en sueños, las pesadillas y los terrores nocturnos. Respecto a estos últimos síntomas, señalaremos la diferencia de que existen más terrores nocturnos y somniloquia, porcentualmente en el año 55, con respecto a las pesadillas y a los otros trastornos del sueño con ansiedad (ir a la cama de los padres, dormir inquietos, dormir con la luz encendida, etc.) en el 89. La mayor frecuencia en el año 55 de trastornos comportamentales del sueño nos indica una diferencia cualitativa que nos aclararán los diagnósticos.

Son muy importantes los síntomas de timidez, inhibición social y retraimiento en el año 89 (16.3%), así como la inseguridad (4.95%), los complejos y los sentimientos de inferioridad aunque en menor medida.

Los problemas relacionales (celos, envidias entre hermanos y familiares), están representados en ambos años pero, con mayor frecuencia, en el año 89.

Los síntomas obsesivos (rituales, obsesiones y compulsiones) son más frecuentes en el año 89, así como la tendencia al orden y el perfeccionismo. Los síntomas conversivos son poco frecuentes en ambos años, pero las somatizaciones son igualmente frecuentes en ambos años.

Los miedos son un síntoma muy frecuente en la infancia.

Se han descrito patrones de miedos relacionados con la edad y, en general, se observa una disminución de los mismos según va madurando el niño. Así, por ejemplo, el miedo a criaturas imaginarias es más común en los preescolares, mientras que el miedo a los eventos futuros, el miedo a la escuela, a la muerte, a las enfermedades y a los accidentes de ellos mismos

o de sus familiares, son más propios de los niños mayores. En general, como algunos autores han señalado, "cuánto más pequeño es el niño más miedo tiene a cosas concretas (a caerse, a ciertos objetos, a ruidos, a animales y a personas extrañas). Posteriormente desarrolla más miedo a situaciones relacionadas con su seguridad personal (enfermedades, accidentes, etc.). En la edad escolar aumentan los miedos a las relaciones sociales (la escuela, los grupos del mismo o diferente sexo), así como a no tener dinero, a las relaciones familiares, a sentirse abandonado, etc. Ver Miller, Barret, Hampe, Woble, 1972 (129); Graziano y cols., 1979 (70); Hersov (79).

La ansiedad de separación es normal en los niños hasta aproximadamente los tres años, después merece la atención si es muy intensa e incapacitante. Las crisis ansiosas generalmente obedecen a factores ambientales que suponen una situación de tensión, o a un trastorno de ansiedad en la infancia, los diagnósticos nos aclararán a cual de las dos pertenecen las encontradas en nuestra muestra.

Los síntomas obsesivo-compulsivos, pueden ser normales en ciertos momentos del desarrollo o configurarse como un auténtico trastorno, en este último caso, la sintomatología suele comenzar en la adolescencia, aunque cada vez hay más datos de un comienzo más precoz Hersov (79), Del Barrio (43).

Los problemas del sueño pueden ser una manifestación de problemas orgánicos, cerebrales o no, inmadurez del S.N.C., o síntoma de un trastorno de ansiedad en la infancia (43). Los diagnósticos analizados posteriormente nos aclararán el origen de dichos trastornos en nuestra muestra.

Los síntomas de timidez y retraimiento social pueden ser normales en la adolescencia o constituir una auténtica fobia social e incluso un trastorno afectivo (43).

Los síntomas de inseguridad, la inferioridad y los complejos también pueden ser normales en la adolescencia o constituir una manifestación de un trastorno afectivo.

Llama la atención el elevado número de síntomas de somatizaciones en ambos años, al lado de la poca frecuencia de síntomas de conversión en ambos años. Los síntomas corporales consistentes en: dolores abdominales, náuseas, vómitos, cefaleas, polaquiuria y diarreas son frecuentes en los cuadros ansiosos como consecuencia de la respuesta autonómica, sin embargo, los síntomas somáticos de origen emocional: parálisis, anormalidades de la marcha, trastornos sensitivos, cegueras, sorderas, dolores, pseudoconvulsiones y fugas, no aparecen con tanta frecuencia en ninguna de las dos muestras.

Además de con síntomas conversivos, los cuadros histéricos se manifiestan con amnesias y fugas y éstas no son demasiado frecuentes en ambos años. Las fugas además, son expresión, como ya hemos dicho, de problemas de conducta y las amnesias de la muestra pueden ocurrir como síntomas de lesiones orgánicas cerebrales o de epilepsias, los diagnósticos nos aclararán su origen.

II.1.6.3.2 Problemas afectivos.

En cuanto a los síntomas que tiene que ver con el estado de ánimo, se observa, al igual que con los síntomas ansiosos, un aumento importante de su aparición en el año 89. En efecto, en los años 55 aparecen como problemas afectivos exclusivamente, la labilidad emocional (1.754%), la tristeza y la apatía (1.754% en conjunto). Mientras que en el año 89, la constelación depresiva: tristeza, baja autoestima, ánimo disfórico, inhibición motriz e intentos de suicidio, está presente con mayor frecuencia ($\chi^2 = 14.511$, G.L. = 1, $p < 0.0001$). Cuando comparemos los diagnósticos veremos si esto se corresponde con una mayor frecuencia de

depresiones en la infancia y adolescencia, como sería de esperar, o si obedece a la aparición de otros cuadros. De todas maneras los síntomas depresivos obtenidos en otros estudios dan como más frecuentes a: lloros, quejas somáticas, retraimiento social, fracaso escolar, enuresis, mal humor, baja autoestima, indiferencia, apatía, expresión fija, tristeza, (43). Que coinciden en líneas generales con los datos obtenidos en nuestro estudio.

Llama la atención el aumento absoluto de intentos de suicidio en el año 89: 7 casos equivalentes a un 1.732% de toda la muestra de ese año, este fenómeno se ha multiplicado por diez en los últimos 10 años en nuestro país, Cobo Medina (36). Se calcula que de cada 50 intentos de suicidio, un suicidio es consumado. Los suicidios consumados en adolescentes han experimentado un aumento los últimos 20 años. Actualmente se considera que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes, después de los accidentes y las neoplasias, Cantwell (29). Y esto da una mortalidad de 1 por 10 mil entre los 15 y los 19 años. La causa más frecuente de suicidio e intento de suicidio son los trastornos afectivos (29). Veremos si esto se confirma con los diagnósticos en nuestra muestra.

II.1.6.4 Otros síntomas.

Quedan un grupo de síntomas de difícil clasificación que se encuentran representados de forma diferente en los dos años. Tabla XIII.

Por un lado están los problemas de control de esfínteres: enuresis, encopresis. Las causas que subyacen a estos problemas son muy variadas: problemas emocionales y de personalidad, retrasos mentales de diferente grado, problemas orgánicos (cerebrales o de otro tipo), trastornos adaptativos y, por último, y en un porcentaje elevado, idiopáticas, Del Barrio (43); Monedero (131). Con frecuencia se asocian con problemas de onicofagia, de alimentación, de lenguaje,

terrores nocturnos, y también, entre ellos mismos, enuresis-encopresis, (131). Existe una correlación también entre estos síntomas la clase social y la institucionalización, Almaraz, López Fernández, 1989 (5); Jiménez Tallón, 1989 (86).

En ambos años están representadas las estereotipias motrices (tics, balanceo, tricotilomanía, etc.). Las estereotipias son muy frecuentes en niños retrasados mentales, en psicóticos y en los niños hipoeestimulados (174), debido a esto existe una diferencia significativa entre ambos años ($\chi^2 = 4.488$, G.L. = 1, $p < 0.034$). Dentro de estos otros síntomas las autoagresiones están igualmente presentes en ambos años y la onicofagia más frecuente en el año 55 y los tics son también más frecuentes en el año 55.

Los síntomas que implican problemas de alimentación en sentido amplio (anorexia, bulimia) son igualmente frecuentes en ambos años, veremos si esto se corresponde con los diagnósticos, puesto que en las últimas décadas han ocurrido cambios sociales respecto de la alimentación, los cuales analizaremos en su momento oportuno.

Dentro de los "otros" síntomas o problemas encontrados en ambos años se encuentran los referidos a los malos tratos en la infancia, físicos y psicológicos. Esta situación aparece más frecuentemente en el año 89 ($\chi^2 = 4.097$, G.L. = 1, $p < 0.042$). Esto no quiere decir que en el año 1955 no existiesen situaciones de malos tratos y abandonos familiares, de hecho algunas historias de pacientes de este año así parecen indicarlo, por ejemplo, "a este niño le dejo tuerto un gallo", "este niño fue abandonado por su madre", etc. Pero desde que Kempe y cols. en el 1962 describiesen el síndrome del niño maltratado (93), existe una mayor sensibilidad por parte de la sociedad hacia este problema junto con una mayor preocupación por descubrir situaciones de malos tratos en los niños que

consultan en los servicios de psiquiatría infantil. En nuestro país, se calcula que unos 40 mil niños al año lo padecen, y mueren unos 100 anualmente a consecuencia de él, Delgado (45). Los profesionales de la salud y la autoridades del bienestar social son sensibles a la detección de este tipo de problemas, aunque su erradicación es más complicada. Esta sensibilización y detección en estos últimos años, según Díaz Huertas (48), está propiciada por:

- Una mayor sensibilización social: Medios de comunicación social, Congresos, Declaración de los Derechos del niño.

- Aumento de la política de protección a la infancia: Ley de Servicios Sociales (CAM.), Ley de Acogimiento y Adopciones, Centros de Atención a la Infancia, Programas de desinternamiento.....

- Programas de detección: Programa Infancia y Familia, La protección de los niños en situación de riesgo....

II.1.2

Antecedentes patológicos.

De la comparación de los antecedentes patológicos en los pacientes en ambos años se observa, Tabla XIV.

En el año 1955, abundan los retrasos del desarrollo psicomotriz, 37.168%. En el año 1989 los mismos ocupan el segundo lugar, 26.237%, las diferencias no son significativas. El "síndrome" de retraso del desarrollo es un estado conductual al que pueden llegar los lactantes partiendo de las situaciones más diversas: encefalopatías, alteraciones del aprendizaje y de la comunicación con el medio y conflictos relacionales (131). Aunque en la primera infancia no se puede medir el desarrollo intelectual, sin embargo los retrasos psicomotrices precoces, globales, con manifestaciones en varias áreas, y mantenidos en el tiempo, con bastante frecuencia darán como resultado en un futuro retrasos intelectuales, (131). Esto es evidente en el año 1955 donde aproxi-

madamente la 1/4 parte de los diagnósticos en ese año son retrasos mentales. En el año 1989, estos antecedentes patológicos preludiaron con seguridad a los trastornos específicos del desarrollo (35.145%), en los cuales hay un desarrollo inadecuado de ciertas áreas o habilidades específicas que no aparecieron en su momento oportuno, lenguaje, motrices, académicas, etc.

Siguen en orden de frecuencia en ambos años, aunque tampoco su diferencia no significativa, los problemas neonatales, es decir: trauma obstétrico (partos instrumentales, presentaciones anormales, desproporciones materno-fetales, etc.); anoxia del parto; prematuridad, etc. Problemas todos estos, que bien individualmente o en combinación, tienden a producir patología neurológica lesional. Una historia de problemas en el embarazo o en el parto, prematuridad y asfixia, se encuentran con frecuencia en los niños que acuden a las clínicas psiquiátricas, Knobloch & Pasamanick, 1966 (98). Sin embargo esto no es tan claro, ya que no todos los problemas neonatales producen lesiones cerebrales, y en segundo lugar, que los problemas neonatales son más frecuentes en casos de desventajas sociales y familiares, las cuales juegan un papel de primer orden en el desarrollo de patología mental en los niños, Shaffer, 1985 (172).

Un predictor más seguro de problemas psiquiátricos (déficits cognitivos y alteraciones del desarrollo y del comportamiento) es la existencia comprobada de lesión cerebral en el recién nacido y en la primera infancia, manifestada principalmente por convulsiones neonatales y atrofia cerebral. Esto se une al hecho de que en el estudio de Rutter y cols. de morbilidad psiquiátrica en la isla de Wight (160); en el grupo en él que se evidenciaron signos de daño cerebral, epilépticos y con alteraciones neurológicas, la tasa de trastornos mentales era superior en comparación con

un grupo de niños que tenían enfermedades no neurológicas y esto no podía ser explicado sólo en términos de desventaja socio-familiar. También se han encontrado tasas mayores de problemas psiquiátricos en niños afectados de parálisis cerebral y de epilépticos, Brown y col., 1981 (26); Holdsworth & Whitmore, 1974 (82).

Gran parte de los niños de la muestra han tenido convulsiones en el primer año de la vida o están diagnosticados de epilepsia en alguna de sus formas, 40.707% de la muestra en el año 1955, 25.246% de la muestra total en el año 1989, las convulsiones, son relativamente más frecuentes en el 1955 ($\chi^2 = 4.866$, G.L. = 1, $p < 0.025$).

El resto de los antecedentes patológicos se distribuyen entre problemas emocionales, más numerosos en el año 1989 ($\chi^2 = 6.167$, G.L. = 1, $p < 0.01$), así como problemas de apego (dificultades de separación, alteraciones vinculares) ($\chi^2 = 15.341$, G.L. = 1, $p < 0.00009$), los problemas del control de esfínteres, los problemas de conducta y los problemas de sueño son igualmente frecuentes en ambos años los de alimentación, y problemas psicosomáticos son más frecuentes en el último año. Llama la atención el elevado número de antecedentes de hospitalizaciones y operaciones quirúrgicas (amidalectomías la mayor parte de las veces, hernias, apendicitis y correcciones ortopédicas así como operaciones de criptorquidia), que ocurridas en edades tempranas suponen una auténtica crisis de los vínculos familiares, situaciones de angustia, y una privación afectiva que puede tener repercusiones en el desarrollo de la personalidad del sujeto son más frecuentes en el 1989 ($\chi^2 = 14.517$, G.L. = 1, $p < 0.0001$). Son frecuentes las enfermedades somáticas graves entre los antecedentes con lo que suponen de merma en su vitalidad y de dificultad añadida en su desarrollo madurativo psicológico, Mazet y Houzel, 1981 (122). En ambos años se dan situaciones de malos

tratos y abandono que continúan en la actualidad.

II.1.8 Características socio-familiares.

Compararemos a continuación algunas variables socio-familiares en ambos años con el propósito de observar si ha habido variaciones en estos últimos treinta y cuatro años, y si esas variaciones están relacionadas con el tipo de problemas presentados por los niños.

II.1.8.1 Edades de los padres.

En el año 1955 la edad media de los padres es de 40.71, $\sigma = 7.99$, y la de las madres 37.3, $\sigma = 7.10$. La mayor parte de los padres se encuentran agrupados alrededor de los 31-51 años; (31-41 años, 15.789%, seguido del intervalo de 41-51 años, 14.912%), hay algunos más jóvenes, entre los 21-31 años y pocos, menores de 21 años, también hay pocos padres mayores de 61 años y algunos entre los 51 y los 61 años, Tabla XV. En cuanto al año 1989 la edad media de los padres es de 39.62, $\sigma = 7.44$, y la de las madres 38.00, $\sigma = 17.5$. La mitad de la muestra aproximadamente, se encuentra en el intervalo 31-41 años, 42.821%, es decir más agrupada en esta edad que en el año 1955, sigue el intervalo de 41-51 años, 18.564%, y el de los 21-31 años, 12.623%, sigue habiendo pocos padres en los intervalos extremos, algo más en el año 1955 ($\chi^2 = 3.33$, G.L. = 1, $p < 0.07$). Las madres del año 1955 están agrupadas en el intervalo de los 31-41 años, 21.052%. Y en el 1989 también ocurre este fenómeno, 47.524% de toda la muestra, aunque están muy representados los intervalos de 41-51 años, 18.564%, y de 21-31 años, 12.623%. Están representadas tres generaciones de padres: la primera de los 40 a los 50 años, la segunda de los 35 a los 45 años, y la tercera, la más joven, de menos de treinta años. Estas tres generaciones, se corresponden con experiencias históricas diferentes y como consecuencia aportan estilos parentales diferentes. En los años 50 los padres de los

niños habían vivido la Guerra Civil española, incluso podían haber sido combatientes en ella. Los abuelos y tíos mayores, seguro, en muchas historias de este período, en los antecedentes familiares, se dice: "el abuelo, tío, etc., murió en la guerra". Esta experiencia de la guerra trajo consigo una ideología dogmática, unos sufrimientos y unas privaciones económicas. Además, estos padres, posteriormente, sufrieron el proceso de migración interior, es decir, el traslado del medio rural al urbano de las grandes ciudades, con el consiguiente desarraigo socio-cultural. También estos padres contemplaron a finales de los años 50 el auge económico en España. Los padres de los 80, pertenecen a las tres generaciones: la primera, la de los hijos de la posguerra, de la represión ideológica y sexual, y la de la carestía económica. La segunda, la de la explosión del bienestar económico, la del comienzo de las libertades políticas, la de la propagación de los métodos anticonceptivos y la liberación de la mujer de su papel tradicionalmente asignado en la familia. La tercera, la de la crisis de la pareja, la del desencanto socio-político y la del paro por la crisis económica Rodríguez González, 1986 (157).

II.1.8.2 Tipo de familia.

La estructura familiar predominante en el año 1955 es fundamentalmente nuclear, 83.177%, es decir la familia compuesta por los padres y los hijos. Sigue en orden de frecuencia, pero a gran distancia la familia incompleta por fallecimiento del padre, 4.672%, y las familias en la que uno de los progenitores ha fallecido y el otro se ha vuelto a casar. Este fenómeno es algo más frecuente en el año 1955 ($\chi^2 = 2.80$, G.L. = 1, $p < 0.09$) debido con probabilidad a que la esperanza de vida en estos años era ligeramente menor que en el 89 (171). Y están representadas las familias en las que los progenitores son consanguíneos, significativamente más en este año, procedentes del ambiente rural,

las familias amplias, las familias con un padre soltero (generalmente la madre), y algún niño que viva con otros familiares, Tabla XVI. Gráfico III.

En el año 1989, la estructura familiar es más diversa. Hasta hacía unos quince a veinte años, según Cobo Medina (36), "parecía existir una sola estructura familiar española..... Una estructura monolítica, autárquica, con un fuerte principio de autoridad, representado por el padre... Sin embargo, la situación ha cambiado en el sentido de una diversificación de ordenaciones familiares". En nuestra muestra, aunque sigue siendo predominante la familia nuclear, 87.562%, la sigue en frecuencia la familia de padres separados, con una diferencia significativa respecto del año anterior ($\chi^2 = 5.46$, G.L. = 1, $p < 0.02$), viviendo con la madre o habiéndose vuelto a juntar con otra nueva pareja, algo más del 5% en conjunto. También entraría aquí la familia de padres divorciados, con una diferencia significativa ($\chi^2 = 4.06$, G.L. = 1, $p < 0.04$), vueltos a casar o no. Este fenómeno de la separación y del divorcio en la familia española, reflejado en nuestra muestra, marca un profundo cambio respecto de la estructura familiar acaecido en las últimas décadas. Hay numerosos estudios acerca de la influencia de la conflictiva familiar y los hogares rotos en la patología psiquiátrica infantil, se la ha relacionado con conductas delictivas y trastornos del comportamiento en general, Hewitt y Jenkins, 1949 (81); Jenkins, 1968 (85); Rutter y Giller, 1983 (160), Veremos si esto es así en nuestra muestra cuando analicemos los diagnósticos.

Otras estructuras familiares que se dan en nuestra muestra en el año 1989 son: hijos de padres solteros, madre soltera 4 casos, y solteros que tienen una nueva pareja, 2 casos. Se han estudiado estas situaciones de "padre ausente" y de crianza exclusivamente sólo por la madre, llegando a la conclusión de

que existe un elevado índice de delincuencia juvenil y de desviación de los patrones normales de conducta en la adolescencia, McCord, 1990 (124). Comprobaremos si esto es así en nuestra muestra. Hay también 10 casos de familias incompletas por fallecimiento de uno de los padres, 8 el padre, veremos si esto se correlaciona con problemas de tipo depresivo como algunos autores sugieren Van Kerdewegh y col., 1982 (185). Hay también 3 casos de niños adoptados o acogidos y uno que vive con otros familiares, veremos que tipo de patología presentan.

II.1.8.3 Tamaño de la familia.

En los dos años encontramos la misma proporción de familias amplias, es decir: familias en las que conviven en la misma casa varias generaciones de miembros (abuelos, etc.), más los sirvientes. Esta es la estructura tradicional de la familia, de procedencia rural especialmente. La convivencia de varias generaciones cumplía una función educativa y de transmisión de los oficios. Actualmente debido al cambio de condiciones socio-económicas, este concepto de la familia e incluso su estructura han cambiado, de tal manera que la "familia amplia" en el pasado y en el presente no significan la misma cosa, como veremos con más detalle más adelante.

El número de hijos por familia ha disminuido. En el año 55 se observa una media de 3.26 hijos, $\sigma = 1.822$, por familia, mientras que en el 89 la media es de 2.68, $\sigma = 1.29$. sin embargo la diferencia no es significativa ($\chi^2 = 0.224$, G.L. = 1, N.S.), debida en primer lugar al hecho de que en el período de 1955 a 1965 se experimentó una estabilización en las tasas de natalidad e incluso un ligero aumento, probablemente por una mejora de la situación económica en el país y por una favorable composición de la pirámide de población (44). Y en segundo lugar, debido al hecho de que las muestras pertenecen a una clase social aproxi-

madamente igual (baja-media-baja), con una tasa de natalidad elevada. Con respecto a las medias nacionales: hasta 1975, el número medio de hijos por familia era de 4.71, después descendió a 2.5. Las tasas de natalidad también variaron en el sentido de una disminución excepto en el período ya reseñado.

Se ha atribuido al tamaño de la familia una responsabilidad en cuanto a la psicopatología de sus miembros. Así numerosos estudios han demostrado que los individuos que pertenecen a familias numerosas (más de 4-5 hijos) tienden a tener un nivel de inteligencia verbal algo más bajo de lo normal, así como unas capacidades lectoras más bajas que los niños pertenecientes a familias de menor número de hijos Rutter & Madge 1976, (160). Tienden a presentar el doble de problemas de conducta que las familia de menor tamaño Rutter & Madge 1976; Rutter & Giller 1983 (160). Por otro lado en las familias con pocos miembros hay más problemas emocionales en los más pequeños. Veremos si esto se cumple en nuestra muestra.

II.1.8.4 Orden en la fratria

En el año 55 un 45.454% de los pacientes son hermanos menores, seguido por un 24.242% de hermanos mayores, un 17.171% de hijos únicos, y un 12.121% de hermanos medios, hay un porcentaje despreciable de gemelos. En el año 89, los hermanos menores siguen siendo mayoría en la muestra, un 39.900%, seguidos de los hermanos mayores, 29.426% y de los medios, 16.46%, los hijos únicos representan un 11.970%, y hay una mayor representación de gemelos, Tabla XVII, no obstante las diferencias entre ambos años no son significativas.

Se han descrito problemas ligados al orden del nacimiento, fracaso escolar del último niño, problemas emocionales en el primero: celos, disputas, lloros, aumento de las demandas y problemas de control de esfínteres. Sin embargo hay en juego otros factores

más complejos, como por ejemplo, el tipo de relación que establecen los padres distintivamente con cada niño.

II.1.9 Datos Socio-Culturales.

II.1.9.1 Nivel Socio-cultural.

En el año 1955, las actividades más frecuentes de los padres fueron: las de ama de casa, por parte de la madre, 93.103%, y las de obrero sin cualificar, 44.262%, por parte del padre. También, por parte del padre, se encuentran las actividades de: obrero cualificado, 19.672%, y de empleado, 13.114%. Están poco representadas otras actividades como: profesiones liberales o funcionarios, Tabla XVIII. En cuanto al sector, Tabla XIX., la mayor parte de los padres pertenecen a los sectores de industria, construcción, transportes y comunicaciones y agricultura ganadería y pesca, 29.824% y 28.070%, este último sector está significativamente más representado en el año 1955 ($\chi^2 = 8.25$, G.L. = 1, $p < 0.005$). Están poco representados los sectores de las manufacturas y artesanía y los del comercio y hostelería.

La mayor parte de los padres están activos, 87.096%, Tabla XX.

En cuanto al nivel cultural, Tabla XXI, en el año 1955 son mayoría los padres que sólo saben leer y escribir, 38.235%, pero que no tienen estudios primarios, seguidos de los que tienen estudios primarios 32.352%. Los analfabetos representan un grupo importante, 23.529%. Hay sólo un padre que tiene estudios medios o de formación profesional, y ninguno que tenga estudios superiores.

De todo lo anterior y siguiendo la clasificación de las clases sociales de Hollingshead y Redlich, 1958 (83), la mayor parte de la muestra del año 1955 pertenece a la clase social IV-V o media baja-baja, Tabla XXII, es decir: clase trabajadora, empleados manuales sin cualificar, con estudios primarios, no ha

completado la escuela elemental o son analfabetos, con una baja movilidad generacional, con familias numerosas y con tendencia a los conflictos familiares.

En el año 1989, la mayor parte de las mujeres, 71.428% siguen siendo amas de casa, pero se observa una mayor incorporación de la mujer al mundo laboral en forma de obreras sin cualificar, empleadas de hogar etc. ($\chi^2 = 6$, G.L. = 1, $p < 0.014$), obreras cualificadas ($\chi^2 = 8.04$, G.L. = 1, $p < 0.005$), empleadas y funcionarias ($\chi^2 = 6.10$, G.L. = 1, $p < 0.01$), ($\chi^2 = 2.12$, G.L. = 1, $p < 0.05$). En cuanto a los padres, hay más obreros cualificados, 25.265% y empleados, 21.5%. Hay significativamente más profesionales liberales ($\chi^2 = 10.58$, G.L. = 1, $p < 0.001$), empleados ($\chi^2 = 7.20$, G.L. = 1, $p < 0.007$), cargos directivos ($\chi^2 = 7.48$, G.L. = 1, $p < 0.01$) y empresarios ($\chi^2 = 2.48$, G.L. = 1, $p < 0.05$), aunque también hay bastantes obreros sin cualificar pero la diferencia entre ambos años no es significativa.

En cuanto al sector, Tabla XIX, en el año 1989, predomina el de la industria, construcción, transportes y comunicación ($\chi^2 = 17.11$, G.L. = 1, $p < 0.00003$), seguidos del comercio, hostelería, la banca y los seguros, enseñanza y sanidad, las manufacturas y artesanía y los servicios liberales. Las mujeres están más representadas en este año en el sector de la enseñanza y la sanidad ($\chi^2 = 8.87$, G.L. = 1, $p < 0.003$). Hay también militares, policía y funcionarios de ministerios.

La situación, Tabla XX, es de activos en un 88.829% en el caso de los padres y un 25.065% en el de las madres, Gráficas IV. y V. En este año 1989, ha aparecido el fenómeno del paro o desempleo, 5.319% en los padres ($\chi^2 = 5.83$, G.L. = 1, $p < 0.016$), 1.055% en las madres ($\chi^2 = 2.01$, G.L. = 1, $p < 0.05$), también en este año hay padres que dependen de los abuelos ($\chi^2 = 3.82$, G.L. = 1, $p < 0.05$).

El nivel cultural de las familias ha mejorado este último año, hay muchos padres que tienen estudios primarios, 42.440%, y estudios medios e incluso superiores Tabla XXI, siendo la diferencia significativa ($\chi^2 = 19.53$, G.L. = 1, $p < 0.000009$) ($\chi^2 = 10.27$, G.L. = 1, $p < 0.001$) no obstante, sigue habiendo un elevado porcentaje de padres con estudios primarios incompletos 43.235%, que sólo saben leer y escribir e incluso encontramos analfabetos en este año, pero en menor proporción que en el 1955, siendo la diferencia significativa ($\chi^2 = 4.20$, G.L. = 1, $p < 0.04$).

El nivel social corresponde en una mayoría al de medio bajo-medio medio o clases IV-III, existen en el año 1989 más representantes de las clases media-alta ($\chi^2 = 7.20$, G.L. = 1, $p < 0.00073$) y alta, si bien esta última está poco representada. Se observa una elevación de la clase social de las familias, existiendo menos representantes de la clase social baja que en el año 1955. La clase social predominante en este año 1989 es la clase III constituida por: asalariados, obreros cualificados, pequeños comerciantes, graduados medios, con una situación económica aceptable, con pocas oportunidades de promoción, con familias no muy estables y que pertenecen a organizaciones menos satisfechas con su situación social o laboral. Así como en el adulto se han encontrado relaciones entre la clase social y la enfermedad mental: esquizofrenia, trastornos de personalidad y reacciones depresivas leves. En el niño la asociación entre enfermedad mental y clase social es más débil e inconsistente Wolkind & Rutter, 1985 (199). La enfermedad mental en el adulto está relacionado con "su" propio estatus social y no con el de sus padres. Las influencias sociales más importantes en el niño son las derivadas de la familia: discordias parentales, rupturas, pero esto corresponde más bien a características familiares que no a la ocupación de los padres, aunque estos

problemas sean más frecuentes en las clases IV y V. La clase social sí parece influir en el nivel y en el rendimiento académico de los niños, en el sentido de que cuanto más baja sea la clase social menores son los logros académicos (160), 1976. Hay una mayor proporción de retrasos mentales, leves en las clases sociales bajas y es muy raro encontrarlo en las clases medias y altas (199). La delincuencia es más frecuente en las clases sociales bajas pero posiblemente se deba a factores familiares más que al trabajo de los padres. Se ha correlacionado la clase social con ciertas enfermedades mentales de los niños: clase alta, con autismo, problemas emocionales (pesadillas, ansiedad excesiva), enuresis, encopresis. Clase baja, con obsesiones y compulsiones Lapouse y Monk, 1959 (107).

II.1.9.2 Procedencia.

En el año 55, hay una mayoría de personas de procedencia urbana, pero también una no despreciable muestra de procedencia rural, 35.087% ($\chi^2 = 23.7$, G.L. = 1, $p < 0.000001$) Tabla XXIII. \

En el 1989, la mayor parte procede del medio urbano o semi-urbano.

Se ha correlacionado la procedencia geográfica con la psicopatología en general, (160) 1976, 1983, llegando a la conclusión de que las tasas de problemas son mayores en las zonas en las barriadas del centro de la ciudad y suburbios y menores en las pequeñas ciudades y pueblos. Se ha achacado a la tensión social (social stressors) la aparición de trastornos en la ciudad, y al campo y a las ciudades pequeñas se les ha considerado "áreas protectoras". No quiere esto decir que en el medio rural no exista morbilidad psiquiátrica, existe, probablemente en igual proporción que en el medio urbano, pero como señala Garde 1960 "el grupo social campesino se distingue por su estabilidad, su cohesión, la fuerza de los lazos familiares y de las

tradiciones, de donde resultan a veces por ello conflictos familiares". Pero con frecuencia también una gran tolerancia hacia los enfermos mentales, oligofrénicos y alguna otra patología.

II.1.10 Antecedentes patológicos familiares.

Muchos estudios apuntan al hecho de que las perturbaciones psiquiátricas en los padres, producen un incremento en la aparición de conductas perturbadas en los niños Rutter, Tizard & Whiti, 1970 (160).

En el año 1955 en cuanto a los problemas psiquiátricos más frecuentemente hallados entre los familiares, Tabla XXIV, se encuentra el alcoholismo, principalmente entre los abuelos y padres, 12.280% y 13.157% respectivamente. Les sigue en orden de frecuencia los problemas leves que no han precisado tratamiento psiquiátrico: nerviosismo, cefaleas, genio fuerte, autoritarismo etc. principalmente entre los padres, padre y madre, pero también entre los abuelos y hermanos. Las neurosis entre los padres. La epilepsia y el retraso mental entre los hermanos y los parientes de segundo grado. Enfermedades somáticas graves e invalidez entre los padres. Están poco representadas las psicosis y las depresiones.

En el año 1989, ocupan el primer lugar los problemas leves entre los padres y hermanos, siguen en orden de frecuencia las enfermedades somáticas graves y las invalideces, entre padres. El alcoholismo en el padre.

Las neurosis entre los padres, las depresiones predominantemente en las madres. Los retrasos mentales entre familiares de segundo grado y los hermanos. Las epilepsias repartidas entre familiares de primer y segundo grado. Las drogadicciones entre padres y algún hermano. Las psicosis repartidas entre los diferentes grados.

Algunos problemas entre los familiares han aumentado, por ejemplo, las neurosis ($\chi^2 = 7.61$, G.L. = 1, p

< 0.006), las depresiones ($\chi^2 = 2.33$, G.L. = 1, $p < 0.06$, las drogodependencias ($\chi^2 = 3.82$, G.L. = 1, $p < 0.074$).

Aunque el riesgo de padecer enfermedades mentales para los hijos de pacientes psiquiátricos es grande en general, parece que es mayor en el caso de trastornos de personalidad y de depresión crónica y recurrente, así como en el caso de trastornos emocionales (160) 1985. Se ha prestado mucha atención a los hijos de esquizofrénicos, pero comparados con los hijos de padres con trastornos afectivos, u otros trastornos, han demostrado que el diagnóstico de los padres no es la variable que determina el riesgo para el niño, y que incluso para la esquizofrenia el riesgo es ligeramente menor (160). Además de los factores genéticos, como en el caso de la esquizofrenia y los trastornos afectivos, parece que influyen las discordias maritales, las separaciones de los padres, el tipo de síntomas que interfieren con las funciones parentales, la irritabilidad, la agresividad, el retraimiento social y la depresión, en el caso de las madres de niños pequeños, y la presencia de enfermedad mental en ambos padres simultáneamente (160). Hay una tendencia a relacionar los problemas de personalidad de los padres con los problemas de conducta de los hijos y la depresión con problemas depresivos así como las neurosis con los trastornos emocionales. Puede que haya alguna relación entre los trastornos mentales de los padres con los déficits cognitivos o con el retraso específico de la lecto-escritura. El riesgo psiquiátrico es mayor en el hijo del mismo sexo que el padre enfermo. Y la buena relación con el otro padre, no enfermo, juega un papel de protección en cuanto a la salud mental del hijo (160) 1985.

De particular importancia es la influencia en los niños del problema del alcoholismo en los familiares. En nuestra muestra este problema es de los más frecuentes, especialmente en el año 1955, tanto en padres

como en abuelos, Tabla XXIV, quizás debido al hecho de una menor aparición de otros problemas mentales en los familiares en ese año. Es conocido el hecho de que el hijo varón de un padre alcohólico tiene tasas 4 ó 5 veces superiores de dependencia de alcohol que la población general, y que en los familiares de los sujetos con dependencia del alcohol había una mayor presencia de trastornos de conducta, sociopatía, complicaciones alcohólicas severas y un mayor porcentaje de enfermedad mental Winokur y col., 1970 (196). McCord (124), en su estudio a largo plazo, encuentra una relación entre el alcoholismo paterno y la delincuencia y el abuso de alcohol en los adolescentes. De la misma opinión es Alonso-Fernández, 1979 (6), que en una muestra de 50 alcoholómanos encuentra una morbilidad familiar para el alcoholismo muy elevada, "la mitad de los alcoholómanos descendían de un padre alcohólico; el 4% de una madre alcohólica, y el 18% tenían un pariente alcohólico (hermanos mayores, abuelos o tíos) incorporados al ambiente familiar". Este mismo autor describe un modelo de personalidad infantil donde puede desarrollarse un alcoholismo consistente en: inmadurez afectiva (tienen una excesiva necesidad de amor y una intolerancia a la frustración), inmadurez emocional (manifestada por: hipersensibilidad constante, impulsividad), represión de las pulsiones (son pusilánimes, pacifistas, medrosos y desesperanzados, indiferentes y aburridos), pasividad, evasión de los conflictos, autonomía por represión de la dependencia, amistad superficial, insinceridad y contactos superficiales con los demás, así como retraimiento.

2. COMPARACION DE DIAGNOSTICOS

II.2 COMPARACION POR DIAGNOSTICOS

Para poder comparar los diagnósticos en los dos años considerados hemos utilizado tres clasificaciones: El DSM-III, la CIE-9 y la CIE-9 Multiaxial.

Los motivos que nos han llevado a esta decisión han sido los siguientes:

- Las historias del año 55 no contienen ninguna clasificación uniformemente aceptada, excepto en el caso de los retrasos mentales que, como veremos más adelante, han sido los primeros trastornos que han promovido un intento de consenso clasificatorio. Las primeras clasificaciones psiquiátricas infantiles, surgieron en Europa en los años 60, aunque ya en el 52 se utilizaba en Estados Unidos la clasificación de la A.P.A., pero en nuestro país no parece que arraigase esta clasificación, al menos en el servicio considerado, quizás por tener una inspiración psicodinámica, que no encajaba en la corriente organicista y neurológica predominante en la época. Exceptuando el caso de los retrasos mentales, los diagnósticos que se utilizaban en este año eran de varios tipos: Unos sintomatológicos, eretismo, oligofrenia erética, psicopatía, histrionismo, trastorno de conducta.

Los más basados en la patología orgánica, parálisis cerebral, epilepsias, encefalopatías, parálisis espástica familiar, sospecha de toxoplasmosis, parálisis del VII par. Y otros, en fin, esbozaban una tímida evaluación socio-familiar, "la tía se lo quiere quitar de encima" (sic), o "No se trata de un problema médico, sino familiar y educativo" (sic).

En el año 89, se utilizaba la clasificación DSM-III.

- Debido a esto, para uniformizar y comparar con los mismos criterios los cuadros clínicos de ambos años, hemos aplicado a las historias clínicas los criterios operativos que fundamentan los diagnósticos en la clasificación DSM-III, y las descripciones y

definiciones que aportan las dos clasificaciones CIE-9, normal y multiaxial.

II.2.1 COMPARACION ENTRE DSM-III Y CIE-9

Estas dos clasificaciones son las más ampliamente aceptadas en la actualidad por la comunidad científica mundial. En el caso de los trastornos infanto-juveniles, estas dos clasificaciones sientan las bases para una comprensión sistematizada de un campo tan desconocido hasta la fecha como es el del enfermar psíquico infantil.

Entre las dos clasificaciones, hay diferencias de enfoque significativas (aunque, también hay acuerdos fundamentales), y difieren en la clasificación de algunos síndromes particulares, como veremos más adelante.

De todas maneras las dos usan agrupaciones de diagnósticos similares, y muchos códigos correspondientes a diagnósticos clínicos pueden ser asimilables de un sistema clasificatorio a otro.

Entre ambas clasificaciones hay dos diferencias fundamentales:

La primera, estriba en el hecho de que la CIE-9 usa un glosario descriptivo como una guía para incluir un trastorno en un epígrafe u otro. La DSM-III, emplea unos criterios diagnósticos definidos operativamente. Las ventajas de este método, inspirado en los Criterios Diagnósticos de Investigación Psiquiátrica (RDC), del Grupo de la Universidad de Washington, (Feighner y col.) (56), son las de usar unos criterios diagnósticos "estrechos" para, de esta manera, mantener unas categorías diagnósticas "puras" y consistentes para todos los investigadores, junto con unos criterios nada ambiguos, basados en unas reglas claras en su aplicación.

Estos criterios han funcionado en ciertos diagnósticos muy bien estudiados y con gran riqueza de datos que sustentaban dichos criterios: esquizofrenia,

autismo, etc. Pero en otros diagnósticos, en especial los infantiles, a falta de un conocimiento tan exhaustivo, han fracasado a la hora de desarrollar unos criterios diagnósticos tan claros y precisos. En este último caso, estos criterios, según Rutter (160), "se convierten en juicios subjetivos", así por ejemplo se admiten como criterios valoraciones tales como: "Frecuentemente parece no escuchar" o "Necesita mucha supervisión", etc. Es, por lo tanto, claro para ~~ciertos autores, que "Algunos criterios son, en la práctica, inmanejables, a algunas categorías les faltan criterios, y a veces estos criterios son presuposiciones sin garantías. Faltan trastornos que no están incluidos en ninguna categoría, y algunas de las instrucciones para diagnosticar son inconsistentes."~~ Rutter y Shaffer (160). En general, aunque el uso de criterios de investigación, como los tiene el DSM-III y su antecesor el RDC, podría parecer que iban a superar a las descripciones de la CIE-9, para Rutter (160), ~~"desgraciadamente la aparente precisión y seguridad de los criterios sugiere un conocimiento firme cuando, en realidad, lo que existe es ignorancia."~~

~~La segunda diferencia~~ importante entre las dos clasificaciones, a juicio de Rutter, es más bien implícita que explícita, y es que la CIE-9 parte del presupuesto de que, en la mayoría de los casos, existe un síndrome psiquiátrico único, a pesar del hecho de que este síndrome pueda tener unas variadas formas de manifestarse. El papel del clínico sería, pues, el de ver la evidencia de los datos como una totalidad, para entonces poder decidir si el cuadro preponderante es uno u otro. Pero siempre con la idea de que el síndrome sea único. El DSM-III no parte de dicha presuposición sino que a cada diagnóstico le corresponde una serie de criterios exclusivos, con lo cual, para los cuadros clínicos mixtos, muy frecuentes en psiquiatría

infantil, es común que un mismo niño tenga una variedad de diagnósticos. En el actual nivel de conocimientos no se sabe cuál de los dos enfoques es preferible, por un lado parece más razonable el hecho de que exista un único diagnóstico como lo preconiza la CIE-9; pero por el otro, el problema estriba en el hecho de que es cierto que un niño puede cumplir criterios de varios diagnósticos, y que el clínico debería decidir cuáles son las características más relevantes, pero teniendo en cuenta que con el tiempo, los diagnósticos pueden cambiar aunque el trastorno no varíe. La solución podría venir, o bien de reducir el número de categorías diagnósticas, para que fuesen lo más amplias posibles y englobasen al mayor número de niños, o bien pasar de una clasificación por categorías a un sistema, como preconiza Rutter, dimensional.

Respecto al DSM-III, son válidas las consideraciones manifestadas por el Prof. F. Alonso-Fernández, 1984 (6): "La clasificación americana se atiene a un criterio descriptivo elementarista. Las características de las distintas figuras clínicas aisladas en ella consisten en síntomas simples y rasgos elementales. Es lamentable que se haya prescindido de los conocimientos vertidos en las grandes obras psiquiátricas europeas y que el criterio clínico globalista, prevalente en nuestro continente, haya sido desbordado, en esta ocasión, por la sobrevaloración de diferencias sintomáticas elementales, muchas veces insignificantes." Y en otro lugar, el mismo autor manifiesta: "En Europa pensamos que los criterios diagnósticos, las descripciones americanas, que, por una parte están muy bien porque tienen una base fáctico-empírica, por otra, no jerarquizan los síntomas, no establecen relaciones entre síntomas y circunstancias etiológicas.....Generalmente entre los síntomas hay unas relaciones íntimas y uno es más importante que los demás, bien por su mayor relieve o porque condiciona

de alguna manera la aparición de los demás... Los europeos siempre hemos pensado que la ciencia avanza con las clasificaciones y que el diagnóstico no es meramente una etiqueta sino que implica juicios diagnósticos, pronósticos, orientación terapéutica y comprensión del enfermo". Por estas razones la clasificación americana DSM-III no es de demasiada utilidad clínica, aunque hay que reconocer que su uso administrativo así como en investigación es insuperable por sus criterios claros y recortados, por este motivo se ha preferido a cualquier otra en este trabajo.

Ninguna clasificación es perfecta, sin embargo las dos clasificaciones utilizadas en este trabajo, DSM-III y CIE-9, con su derivada multiaxial, reúnen los criterios de globalidad y descriptibilidad requeridos en una clasificación. Además, aunque no se las puede considerar definitivas, ya que en su propia filosofía están el cambio y la adaptación a los nuevos hallazgos en psiquiatría infantil, en la práctica de la psiquiatría moderna, han sido consagradas por el uso que de ellas hacen múltiples clínicos en muchos países.

El hecho de utilizar ambas clasificaciones se debe a que, en cierta medida son complementarias y, en otra, coincidentes, por lo cual, hemos tratado de apropiarnos de lo mejor de cada una, así, si un cuadro clínico encaja mejor en las descripciones que en los criterios operativos, hemos utilizado la CIE-9, y si el cuadro clínico encaja en ambas, y puede ser clasificado con seguridad en las dos, hemos utilizado preferentemente el DSM-III, si debe ser clasificado en las dos, por reunir criterios de trastornos definidos en una u otra, así lo hemos hecho, sin preocuparnos de que tenga dos diagnósticos, ya que lo que nos interesaba era aprehender de una forma lo más completa posible el cuadro clínico.

Dentro de lo posible hemos intentado una clasifi-

cación multiaxial, en la que se tuviesen en cuenta los trastornos específicos del desarrollo, y las enfermedades orgánicas causantes del cuadro o concomitantes con él, así como las situaciones psicosociales y familiares.

No hemos tenido en cuenta otros ejes como el CI ya que si existía un bajo CI, se categorizaba como entidad clínica. Tampoco hemos considerado los ejes tensiones de la vida diaria, ni nivel adaptativo los últimos tiempos, no porque considerásemos que no fuesen importantes en la configuración del cuadro clínico, sino porque no eran pertinentes para el estudio comparativo de diagnósticos.

II.2.2 ESTUDIO COMPARATIVO DE DIAGNOSTICOS

II.2.2.1 Retraso Mental.

Históricamente fueron las oligofrenias los primeros síndromes que le interesaron a la psiquiatría. El retraso mental no es un cuadro clínico con unos límites bien precisos y con una etiología definida, sino que bajo este epígrafe se agrupan un conjunto de cuadros clínicos muy diferentes, por este motivo autores como; Moragas, 1961 (133); Alonso-Fernández, 1979 (6), hablan de oligofrenias o síndromes oligofrénicos en plural. Estos síndromes pueden dividirse en tres grandes grupos, Mendiguchía (126):

- Oligofrenias como variantes de la población humana.
- Oligofrenias como resultado de una afección del sistema nervioso.
- Oligofrenias como deficiencia socio-cultural.

Las oligofrenias como variantes de la población humana son aquellas que como resultado de una herencia poligénica, hacen que el individuo se encuentre colocado, en cuanto a su inteligencia, en la parte más inferior de la curva gaussiana de distribución de frecuencias de toda la población. Son retrasados de

una forma relativa, en comparación con los demás. Suelen tratarse de casos leves y con escasos síntomas orgánicos que se agrupan dentro de las debilidades mentales ligeras y casos límite o fronterizos.

Las causadas por lesión del sistema nervioso se producen como consecuencia de una lesión cerebral de origen genético, metabólico, infeccioso, tóxico o traumático. Estos retrasos son secuelas de una lesión cerebral en la que interviene no sólo la cantidad de tejido cerebral afectado, sino también la "calidad", es decir, la zona afectada. Suelen ser más profundos y graves y suelen acompañarse de abundante sintomatología orgánica.

Las causadas por deficiencias socio-culturales son aquellas en los que ha habido un aislamiento o retirada de la sociedad o una falta de estimulación adecuada por parte de la familia o las instituciones, hospicios, e incluso, a lo que se unen la pobreza, la incultura, la desnutrición y la escasa higiene. Pueden oscilar entre retrasos superficiales o medios.

Tanto en la CIE-9 como en el DSM-III, los criterios de clasificación de los retrasos mentales son cuantitativos, es decir: las oligofrenias se clasifican atendiendo al grado de gravedad y afectación intelectual medidos por el Coeficiente de Inteligencia (C.I.), sin tener en cuenta las causas de que lo han producido. Aunque se apunta que los C.I. más bajos, generalmente, obedecen a causas de tipo biológico, mientras que los retrasos superficiales tienen como origen causas del tipo de privación psicosocial, A.P.A. 1980 (8).

Basados en los niveles de C.I. se diferencian tres grupos de retrasos mentales a saber:

- 50-69 Retraso mental superficial.
- 30-49 Retraso mental medio.
- Menos de 30 Retraso mental profundo.

Aunque los límites en la realidad no son tan

definidos, una gran variedad de factores situacionales pueden influir en los resultados de los test, y muchas personas pueden mostrar diferencias marcadas a lo largo de la niñez y adolescencia, Rutter & Madge, 1976 (160). Sin embargo, la diferenciación en grupos ha demostrado tener validez clínica, Rutter & Gould, 1985 (160).

Hay marcadas diferencias entre personas normales, con retrasos superficiales, medios y profundos en términos de alteraciones neurológicas, trasfondo social, antecedentes familiares, problemas psiquiátricos, rendimiento escolar, empleo y expectativa de vida, Rutter & Gould, 1985 (160).

En nuestra muestra los retrasos mentales se distribuyen como sigue Tabla XXV (a):

En el año 1955 el diagnóstico de retraso mental es el más frecuente (24.558%), y por subgrupos, los r. mentales sin especificar, con o sin síntomas conductuales, (12.3%), seguidos de los superficiales con síntomas conductuales (3.508%), medios, con y sin s. conductuales, (5.268%), y profundos, con y sin s. conductuales, (3.508%).

Las características de este grupo diagnóstico son:

Diagnóstico asociado:

Orgánico: Predominan, por orden de frecuencia, las epilepsias, las encefalopatías (congénitas, perinatales e infecciosas) y las parálisis cerebrales.

Derivante: No consta en la mayoría de las historias.

Los motivos por los que consultan son: Problemas madurativos, problemas somáticos y de conducta.

Los síntomas que presentan son:

Retrasos madurativos: del lenguaje (retrasos, afasias, dislalias, etc.), psicomotrices (parálisis, trastornos de la marcha, trastornos de la coordinación, dispraxias, alteraciones de la motricidad fina,

etc.), falta de autonomía, retraso en la adquisición del control de esfínteres (enuresis, encopresis).

Problemas de conducta: inquietud motriz, rabietas, oposicionismo, baja tolerancia al cambio y a la frustración, auto y hetero agresividad.

Los datos personales son:

Edad media: 8 años, $\sigma = 3.59$.

Proporción por sexos: Varones/mujeres, 1/1.

Estudios alcanzados: la mayor parte están sin escolarizar.

Antecedentes patológicos: La mayor parte de los niños con este diagnóstico tuvieron en etapas anteriores, problemas neonatales (anoxias por distocias del parto, partos instrumentales, hiperbilirrubinemia, deshidrataciones, infecciones del S.N.C., etc.), retrasos psicomotrices, convulsiones, enfermedades somáticas graves, retrasos del control de esfínteres.

Los datos del ambiente socio-familiar son:

Edad de los padres: padre 39.8 años, $\sigma = 8.08$, madre 36.2 años, $\sigma = 6.33$.

Tipos de familia: por orden de frecuencia: nuclear, incompleta por fallecimiento del padre, consanguíneos.

Número de hermanos: de 3 a 4.

Lugar en la fratría: lo más frecuente es que sean los mayores o los menores.

Procedencia: proceden en su mayor parte del medio urbano, aunque hay bastantes procedentes del medio rural.

Nivel socio-cultural de la familia: es bajo/medio-bajo.

Antecedentes patológicos familiares: En los de 1º grado es frecuente el alcoholismo en padre y abuelos, los leves (nerviosismo, cefaleas, etc.) en las madres y abuelas, el retraso mental en hermanos y la epilepsia.

Los exámenes efectuados fueron: E.E.G. Test de

inteligencia, sistemáticos de sangre y orina, radiografías de cráneo e interconsultas a otros departamentos hospitalarios.

En el año 1989, predominan los retrasos leves sin síntomas conductuales (4.455%), y con s. conductuales (1.237%), total (5.692%), seguidos de los retrasos medios sin o con s. conductuales (2.721%), y de los profundos (0.247%), por último los retrasos en los que no se pudo especificar el grado (0.494%). En total los retrasos mentales suponen un 9.154% de toda la muestra en ese año.

Las características de estos diagnósticos son:

Diagnósticos asociados: Epilepsia, anomalías cromosómicas, falta de estímulos sociales y privaciones sociales y materiales, encefalopatías y malformaciones congénitas del S.N.C.

Derivante: Interconsulta de Neuropediatría (92%), el resto médico de medicina general y la familia.

Motivos de consulta: Problemas madurativos del desarrollo, estudio de inteligencia, dificultades escolares, descartar problema psiquiátrico, problemas somáticos, problemas de conducta.

Síntomas: Retrasos madurativos: en el área del lenguaje (retrasos en su adquisición, dislalias, etc.), dispraxias motrices, retrasos en la marcha, falta de autonomía, retrasos escolares, encopresis, retrasos de lecto-escritura.

Problemas de conducta: inquietud y distraibilidad.

Datos personales:

Edad media: 8.65 años, $\sigma = 4.07$. La distribución por sexos es de 2 varones por 1 mujer.

Los estudios son: un 30% están en centros de Educación especial, el resto se reparte entre guarderías, preescolar, E.G.B. y pocos están sin escolarizar.

A. Patológicos: Los más frecuentes son los problemas neonatales, los retrasos del desarrollo psicomotriz, las convulsiones, la epilepsia, las hospitalizaciones y las enfermedades somáticas.

Datos socio-familiares:

Edad de los padres: padre: 41.70 años, $\sigma = 10.2$.
madre: 38 años, $\sigma = 8.95$.

Tipo de familia: Aproximadamente un 30% son familias nucleares, el resto se distribuye un 10% familias incompletas, generalmente por fallecimiento del padre, otro 10% son familias en las que los padres están separados, un 9.4% son hijos de madre soltera, del resto no se han podido obtener datos de las historias.

Número de hermanos: La media de hermanos está alrededor de 3.

Lugar en la fratría: Con una frecuencia similar suelen ser los menores o los medianos.

Procedencia: Es marcadamente urbana en toda la muestra.

Nivel socio-cultural: Oscila entre medio-bajo y medio-medio y sin recursos económicos.

Antecedentes patológicos familiares: En los familiares de 1º grado las patologías que se dan con más frecuencia son: enfermedades físicas graves, problemas psiquiátricos leves y retrasos mentales de diversos grados.

Exámenes efectuados: Con mucha frecuencia son los Test de inteligencia, las pruebas gráficas y los test neuropsicológicos.

Las diferencias observadas en ambos años son:

- Porcentualmente en comparación a los otros diagnósticos el retraso mental es el diagnóstico más frecuente en el año 1955, 24.558%, frente al 9.154% del año 1989 siendo la diferencia significativa ($\chi^2 = 8.03$, G.L. = 1, $p < 0.005$), Tabla XXV (a). En efecto, estas cifras traducen un interés especial por la

subnormalidad en estos años. La situación de los subnormales en esta época debía ser preocupante por su número y por la carencia de recursos preventivos y de tratamiento adecuados. Diez años más tarde, en 1965, el PANAP, creado con el objeto de reorganizar y planificar la asistencia psiquiátrica en nuestro país, realiza una investigación estadística de los Hospitales Psiquiátricos existentes en todo el país, en cuanto a número de camas y diagnósticos más frecuentes, llegando alarmado a la conclusión de que "el 25 por 100 de los enfermos mentales hospitalizados son oligofrénicos, considerados todos los Centros en conjunto". Según el Dr. Sanz Jiménez, 1961 (164), "Este alto porcentaje nos debe hacer meditar sobre la necesidad de organizar un sistema asistencial en el que el oligofrénico tenga dentro de él un lugar de asistencia más especializado". De este mismo año son los estudios epidemiológicos piloto sobre la subnormalidad realizados en la isla de Formentera y en la provincia de Toledo (164).

En 1969 un 23.81% de las camas de Hospitales Psiquiátricos, que se cifraban en 43,702, estaban ocupadas por oligofrénicos. En 1967, este porcentaje había sido del 25.91%, según el estudio de Sanz Jiménez (164). Esto hace suponer que las cifras de ocupación de hospitales por oligofrénicos han ido disminuyendo porcentualmente y en números absolutos, habida cuenta de que se han creado centros específicos, de internado o no, para deficientes mentales. Como quiera que sea, el hecho de que haya menos consultas porcentualmente obedece al menos a dos motivos, por un lado, a motivos médico-preventivos y sociales, ya que mejoraron la atención en el embarazo y parto, y por otro, a que se han diversificado los diagnósticos en este último año y se han tenido en cuenta otras patologías que no merecieron tanta atención en los años 50. Los diagnósticos de retraso

mental sin especificar son más frecuentes en el año 1955 ($\chi^2 = 12.46$, G.L. = 1, $p < 0.0004$), lo cual no deja de extrañar ya que implica una falta de precisión diagnóstica, pero es posible que fuese debido a que los retrasos son más profundos y la falta de colaboración por parte del paciente, por lo tanto, mayor. En efecto, los retrasos profundos son más frecuentes en el año 1955 ($\chi^2 = 3.46$, G.L. = 1, $p < 0.063$). Esto coincide en líneas generales con el estudio efectuado por Navarro y García, 1971 (137), que en 55 Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, con un total de 41,865 casos de presuntos subnormales, encontró una mayor frecuencia de retrasos medios (CI=36-49) y profundos (CI=21-35) entre su muestra.

- Los diagnósticos asociados en el año 1955 son principalmente somáticos, predominan las encefalopatías (congénitas, pre, peri y posnatales) con sus secuelas de convulsiones esporádicas o epilepsias. En el año 1989 también hay encefalopatías asociadas al diagnóstico de retraso mental, así como cromosomopatías y malformaciones del S.N.C. Pero se empiezan a tener en cuenta otras circunstancias asociadas con el retraso mental, sobre todo problemas sociales como: privaciones sociales y materiales y falta de estimulación y afecto por parte de la familia. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, se sabe que son más frecuentes entre los retrasados que en la población normal, Rutter & col. (160) 1970. Especialmente los problemas hiperquinéticos, las psicosis infantiles, los movimientos estereotipados, las autoagresiones y la pica, Corbett 1979, (38). En nuestra muestra hemos encontrado: en el año 1955, dos autismos en estado residual, dos trastornos hiperquinéticos, 18 problemas de conducta consistentes en: irritabilidad, agresividad, rabietas, baja tolerancia a la frustración, bajo control de impulsos, envidia y celos, destructividad y fugas, 3 Retrasos escolares, 1 mutismo selectivo, 4

trastornos del sueño, 1 problema afectivo (retraimiento, labilidad emocional, apatía), 4 enuresis y 4 encopresis. En el año 1989: 8 problemas de conducta (irritabilidad, agresividad, rebeldía, rabieta, caprichos), 6 enuresis, 4 encopresis, 1 problema afectivo, 2 cuadros ansiosos (timideces, pesadillas), 1 problema de sueño, 1 cuadro disociativo (falta de memoria), 8 déficits de atención con hiperactividad, 2 problemas escolares (retraso lecto-escritura, bajo rendimiento), 1 problema de alimentación (bulimia), 2 estereotipias motrices.

- Los derivantes en el año 1989 son principalmente el Servicio de Neurología del propio hospital, 40%, seguidos de los médicos públicos y de la familia. En este hecho se refleja la filosofía asistencial de enlace o de interconsultoría psiquiátrica desarrollada en el Hospital General, en la cual se pide por parte de los servicios, especialmente del de Neurología infantil, una valoración del grado de desarrollo o inteligencia de los niños tratados en dicho servicio por haberseles detectado una patología neurológica, o de los niños que han tenido complicaciones perinatal o posnatales, en el propio hospital y que se les efectúa un seguimiento en dicho servicio. Es política también del Servicio de Psiquiatría infantil, si el niño es derivado directamente a ellos, el pedir una exploración neurológica y somática, para descartar patología orgánica, especialmente en estos niños, en los que presumiblemente existe una lesión cerebral. En el año 1955 no constan los derivantes, pero esto es general en todas las historias de este año.

- Los motivos de consulta en el año 1955 son los problemas de detención o retrasos en el desarrollo madurativo, los problemas somáticos de tipo neurológicos y los problemas de conducta. En el año 1989, además de éstos, se observa que los motivos de consulta son: el estudio de la inteligencia, solicitado por

el Servicio de Neurología; y el interés por descartar un problema psiquiátrico, en el que juegan factores de prevención de alto riesgo de padecer enfermedades mentales, que, como ya hemos señalado, son más frecuentes en los niños retrasados que en los normales, (160) 1970. Si el niño está escolarizado, dependiendo del nivel de retraso mental, un motivo de consulta es la preocupación por el rendimiento escolar, que denota un mayor interés por parte del ambiente por una mayor integración del retrasado, amén de una mayor oferta de instituciones educativas para él.

- La sintomatología es similar en ambos años: retrasos madurativos en diversas áreas (del lenguaje, psicomotrices, de control de esfínteres, etc.), y problemas conductuales variados, dependiendo del grado de desarrollo y de sus capacidades, no tan graves en general como en los niños normales con problemas de conducta antisociales, problemas emocionales, de sueño y de control de esfínteres. Entre ambos años no hay grandes diferencias, exceptuando el mayor número de problemas de bajo rendimiento escolar en el año 1989, que denota una mayor gama de recursos educativos en este año.

- La edad media de los niños con retrasos mentales es de 8 años en el año 1955, y de 8.65 en el 1989.

La distribución de edades por grupos diagnósticos, Tabla XXV (b), nos demuestra que los niños con retraso mental consultan tarde, es decir, que sólo una minoría de casos son detectados en la primera infancia, generalmente, "cuanto más severamente retrasado es un individuo más precozmente se efectuará el diagnóstico de retraso mental" (171). Los retrasos leves y moderados se diagnostican más en la edad escolar cuando los rendimientos académicos son bajos. También hay otra explicación a las edades medias tan elevadas y es la de que como vimos en los motivos de consulta, sobre todo en el año 1989 no consultan

primariamente por el retraso mental, que en muchos casos ha sido previamente confirmado en otras instituciones (colegios de educación especial, etc.), sino por las complicaciones somáticas (epilepsia, torpezas motrices, etc.) o psiquiátricas (problemas de conducta, retrasos psicomotrices, etc.), que presentan estos niños. Solamente en el caso de los más pequeños que han venido siendo seguidos en el Servicio de Neurología Infantil desde su nacimiento, cuando alcanzan una edad en la que las pruebas psicométricas, tienen validez diagnóstica, es decir, a partir de los cuatro o cinco años. Anteriormente, las pruebas de desarrollo pueden hacer sospechar un retraso mental, pero no se está todavía en condiciones de poder diagnosticarlo.

- En cuanto al sexo de las muestras, se encuentran representados en igual proporción los varones y las mujeres en el año 1955, y son dos veces más numerosos los varones en el año 1989. En general, en los retrasos mentales el género masculino conlleva una mayor morbilidad, acentuándose la diferencia hacia los diez años, y tendiendo a desaparecer en la pubertad, por descenso más acentuado de la curva de varones. Resulta frecuente que en esa edad las curvas se crucen, debido a una mayor letalidad de la subnormalidad en el sexo masculino (137). \

- Los estudios corresponden en el año 1989 a los colegios de Educación Especial principalmente, seguido de guarderías y de educación normal (EGB y Preescolar), mientras que en el año 1955 la mayoría de los niños están sin escolarizar. En este aspecto ha habido un cambio importante respecto a la rehabilitación y reinserción del retrasado en la esfera académica. Respecto de los colegios de Educación Especial, a pesar de que su número aún es insuficiente, véase Cobo Medina (36), y que solamente cubren pedagógicamente a la mitad de los niños retrasados (36), se nota un mayor interés desde el año 1977 por parte de las

autoridades y de la sociedad para proporcionar educación a los niños con deficiencias. Fruto de esto, es el aumento de plazas escolares para estos niños. Así, se estimaba que en el año 1983 había en España 53,392 plazas en aulas de Educación Especial, de las que alrededor de 50,000 están ubicadas en colegios públicos, con lo cual se cubrían en aquella fecha sólo el 20% de la necesidades pedagógicas de dichos niños (36).

- Los antecedentes patológicos más importantes en ambos años son los problemas neonatales, entendiendo estos como complicaciones ocurridas durante el parto: anoxias intraparto, partos instrumentales por distocias, bajo peso al nacimiento, etc. Estas circunstancias nos llevan al tema de la relación entre tasas de mortalidad perinatal y la incidencia de retrasos mentales. La incidencia de los retrasos han tendido a disminuir paralelamente a la disminución de las tasas de mortalidad perinatal en los países occidentales desde el siglo pasado, Hagberg 1977 (74), no así la prevalencia, que se ha mantenido estable en El Reino Unido los últimos 50 años, probablemente debido a la creciente longevidad de algunos de los retrasados, Corbett, 1979 (38). En España la tasa de mortalidad perinatal que a principios de siglo era de 23.4 por mil nacidos vivos, se fue incrementando en los años posteriores, siendo en el 1955 de 35.9 por mil, y en el 1960 de 35.6 por mil. A partir de esta época empieza a disminuir rápidamente llegando en 1972 a una tasa de 23.0 por mil. Este descenso es debido a la influencia del equipo asistencial obstétrico y a la calidad del aparato médico-social que mejoró en estas décadas, Serigó Segarra, 1977 (171). En el año 1984 se calculaba en 11.24 por mil (135). Las causas principales de mortalidad perinatal en los años 50 fueron: las lesiones debidas al parto, asfixia y atelectasia posnatal, las infecciones del recién nacido y las

malformaciones congénitas (171). En los años 80 las enfermedades congénitas son un 25-30% de las causas de mortalidad perinatal, junto con el bajo peso al nacimiento y la hipoxia (38). Si bien es cierto que ha mejorado la asistencia obstétrica y el cuidado del recién nacido, todavía es elevada la incidencia de complicaciones perinatales. En los años 50 las tasas de mortalidad eran el 103.6% de las de los años 30, consideradas línea base, es decir, el 100%, y en los años 60 sólo bajó el 83.4% respecto a los años 30, y en 1970 el 36% (171). Se calcula que la tasa de mortalidad perinatal ha experimentado, desde el año 1960 hasta el 1984, un descenso del 1.02 por mil nacidos vivos (21). Concretamente, en nuestra muestra los problemas neonatales son similares en ambos años, pero quizás por ser una muestra hospitalaria está sesgada en el sentido de una mayor prevalencia de este tipo de problemas que en la población general. El resto de los antecedentes son comunes a ambos años y esperables en este diagnóstico: retrasos madurativos en diferentes áreas, convulsiones y epilepsia, enfermedades somáticas graves y hospitalizaciones, que son problemas añadidos muy frecuentes entre los retrasos mentales, Kirman, 1985 (95).

- En cuanto a los datos socio-familiares, encontramos unas edades paternas muy similares, pero con una cierta tendencia a ser más jóvenes los padres en el año 1955. Los tipos de familia son mayoritariamente nucleares, aproximadamente el 80%, en ambos años. En ambos años se encuentran familias incompletas por fallecimiento del padre. En el año 1989, siguiendo la tendencia social comienzan a aparecer padres solteros y padres separados.

El número de hermanos es similar con una tendencia a disminuir en el año 1989, lo cual también es una tendencia social de estos años la disminución del tamaño de la familia. El lugar que ocupa en la fratria

es variable en ambos años, coinciden ambos años en que el menor es el afectado, sin embargo, en el 1955 los más afectados fueron los mayores y en el 1989 los menores. La explicación podría hallarse en el hecho del mayor riesgo en los partos de las primíparas y en la elevada morbilidad en los menores de anomalías cromosómicas y de problemas de parto, por ser las madres más afeasas.

La procedencia es mixta en el año 1955, urbana y rural, y netamente urbana en el 1989. El nivel socio cultural en ambos años es bajo medio-bajo, con una mejora en el 1989 en el que ocupa un segundo lugar el nivel medio-medio. En estudios de subnormalidad se detecta una mayor incidencia de retrasos leves entre las clases bajas (retraso socio-cultural) y un reparto homogéneo de los retrasos más graves entre el resto de las clases sociales.

- Los antecedentes patológicos familiares son entre los de primer grado: alcoholismo y problemas psiquiátricos leves (que no requieren hospitalizaciones y reciben tratamientos esporádicos), hay una incidencia importante de retrasos mentales entre los hermanos, lo cual va a favor de una causa hereditaria y de epilepsias lo cual denota una elevada morbilidad de problemas neurológicos en estas familias. Hay un porcentaje significativo de enfermedades graves incapacitantes entre los padres de los pacientes en el año 1989.

- Los exámenes efectuados son pruebas de inteligencia, Terman en el año 1955 y WISC en el 1989. En el 1955 se efectuaron más pruebas médicas que en el 1989, debido a la mayor tendencia organicista y a que en el 1989 los pacientes venían previamente estudiados desde Neuropediatria. En el Servicio de Psiquiatria se observa una mayor diversidad de enfoques psicológicos y el trabajo en equipo multidisciplinar.

II.2.2.2 Retrasos específicos del desarrollo.

Este es el primer diagnóstico en importancia en el año 1989, con un 35.145% de la muestra total Tabla XXVI.

Es discutible que este grupo de trastornos sean considerados como un problema psiquiátrico, si no fuese por el hecho de que, en ocasiones, se asocian uno o varios de ellos con los síndromes psiquiátricos tipificados en el eje I del DSM-III. Por esta razón tanto en el DSM-III como en la CIE-9, se registran en un eje aparte. Estos trastornos se caracterizan por un desarrollo inadecuado en diferentes áreas específicas (académicas, del lenguaje, del habla y motóricas), no son debidas a un trastorno físico o neurológico demostrable a un trastorno profundo y generalizado del desarrollo a un retraso mental o a una falta de oportunidades educativas.

En nuestros años estos trastornos son los siguientes:

- Trastornos del desarrollo del lenguaje y del habla. Grupo heterogéneo que engloba problemas de articulación sin que estén alteradas las habilidades del lenguaje, problemas del desarrollo del lenguaje en sus dos aspectos, expresivo y receptivo.
- Trastornos del aprendizaje: comprende trastornos específicos del desarrollo de la lectura y de la escritura y trastornos del desarrollo del cálculo aritmético.
- Retardo motor selectivo, este diagnóstico no aparece en el DSM-III, sí en la CIE-9 y en la revisión de 1987 del DSM-III.
- Trastornos mixtos; cuando se asocian varios entre sí.

II.2.2.2.1 Trastornos mixtos.

Dentro de este grupo, en el año 1989, los más frecuentes son los trastornos mixtos, 17.821%, un 56.25% dentro de su grupo, que comprenden: retrasos en

la adquisición de la lectura y la escritura, retrasos motrices y retrasos de lenguaje. En un 90.2% aparece como primer diagnóstico psiquiátrico, en el resto aparece como diagnóstico acompañante de: trastornos por déficit de atención con y sin hiperactividad, inteligencia límite, trastorno por terrores durante el sueño, enuresis primaria nocturna. Cuando este problema es el diagnóstico principal se asocian los trastornos siguientes:

trastorno por déficit de atención con hiperactividad, inteligencia límite, trastorno por ansiedad de separación, comportamiento antisocial, inadaptación al ambiente escolar, trastorno y enuresis primaria nocturna.

Como diagnósticos acompañantes orgánicos y no orgánicos encontramos: epilepsia simple 14%, parálisis cerebral perinatal o posnatal, 6.94%, estrabismo 4.16%, encefalopatía crónica 1.4%, el resto se distribuye entre malformaciones del sistema ventricular y enfermedad muscular hereditaria, enfermedades musculoesqueléticas y del tejido conectivo, 2.7%. Como diagnósticos asociados no orgánicos tenemos: alteración en las relaciones afectivas familiares (disputas conyugales, rivalidades entre hermanos) 8.33%, exceso de control paterno (hipervigilancia, exceso de protección) 2.7%, deficiencia de control paterno (padres abandonicos, carencias afectivas) 2.77%, privación de experiencias 1.4%, enfermedad mental en los padres 1.4%.

Los derivantes son en un 86% los servicios del propio hospital, seguidos de la propia familia 5.55%, la escuela 2.77%, y los servicios sociales 1.4%.

Los motivos de consulta son: dificultades escolares 51.4%, estudio de inteligencia 26.4%, problemas madurativos del desarrollo 22.2%, problemas somáticos 12.5%, descartar problema psiquiátrico 5.55%, problemas de conducta 2.77%.

Los síntomas más frecuentes son: retraso de lecto-escritura 51.4%, seguido de retraso escolar 47.2%, distraibilidad, falta de atención 26.4%, torpezas y dispraxias motrices 23.6%, inquietud motriz 22.2%, dislalias y trastornos de la palabra y la pronunciación 19.4%, timidez, retraimiento y bloqueo 16.6%, conductas inmaduras e infantilismo 12.55%, somatizaciones 8.3%, retrasos en el lenguaje 6.9%, impulsividad y provocación 6.9%, miedos y fobias 5.5%, desobediencia, oposicionismo y rebeldía 5.5%, encopresis y enuresis 5.5% cada una. Como se aprecia, los síntomas más importantes son los relacionados con los retrasos instrumentales (lectura y escritura), los retrasos y alteraciones motrices y los problemas de pronunciación, siguen después síntomas ansiosos (timideces, bloqueos), somatizaciones, miedos y fobias, inmadurez, retrasos esfinterianos y problemas de conducta.

La edad media de presentación de estos trastornos mixtos de desarrollo es de 8 años, $\sigma = 2.99$, justamente la edad escolar, que es cuando se manifiestan y diagnostican estos trastornos. La relación por sexo es de 2/1 a favor de los hombres. Y el nivel medio de estudios es de primaria en su mayor parte 68%, seguido de 14% en preescolar, 6.9% en educación especial, 4.1% en guardería y un 1.4% en formación profesional. La razón de esta disparidad se encuentra en el hecho de que al ser trastornos mixtos (lecto-escritura, de articulación y motrices) abarcan un amplio rango de edades grados de trastorno y situaciones académicas.

Los antecedentes patológicos más frecuentes en este diagnóstico son: los problemas neonatales 37.5%, los retrasos de desarrollo psicomotriz 32%, las convulsiones y otro fenómeno comicial esporádico 26.4%, las hospitalizaciones y operaciones 19.4%, los problemas de apego y de control de esfínteres 12.5% cada uno.

En cuanto a los datos socio-familiares, la edad media de los padres es de 38.73 para el padre, $\sigma = 6.35$; y 37.04 para la madre, $\sigma = 5.92$. El tipo de familia es un 93% nuclear, un 4.16% separados y un 1.4% familia amplia, de adopción e incompleta por fallecimiento de uno de los padres. El número medio de hermanos es de tres. El lugar que ocupan es un 51.4% el menor, un 22.2% mayor, un 14% medio, un 8.3% único y un 1.4% son gemelos. La procedencia es un 70.8% urbana, un 16.6% semiurbana y un 12.5% rural. El nivel socio cultural es un 40.3% medio-bajo, un 26.4% medio-medio, un 18% bajo y un 8.3% medio-alto.

Los antecedentes patológicos familiares más frecuentemente hallados son: en el caso del padre, el alcoholismo, los problemas leves que no precisaron tratamiento psiquiátrico pero que causaban malestar en la familia (nerviosismo, cefaleas, genio fuerte, autoritarismo, etc.), y por último enfermedades generales graves. en el caso de la madre los problemas leves son los más frecuentes, seguidos de las enfermedades físicas graves, incluso invalidantes. En el caso de los abuelos no hay datos muy importantes en conjunto, algún problema leve, algún problema físico grave, alguna epilepsia y un suicidio en un abuelo. En los hermanos, varios problemas leves, alguna epilepsia y dos retrasos mentales. En los de segundo grado son relativamente frecuentes las epilepsias.

Los exámenes efectuados son: 88.9% pruebas de inteligencia y desarrollo, 79% pruebas neuropsicológicas 68% pruebas gráficas (de lecto-escritura y dibujos), 11% pruebas proyectivas.

II.2.2.2.2 Retrasos específicos de la lectura.

A estos trastornos mixtos que como vimos estaban integrados principalmente por trastornos del desarrollo de la lectura habría que añadir los trastornos específicos de la lectura exclusivamente que representan un 1.98% de la muestra total.

Estos tienen como diagnósticos asociados: trastornos adaptativos con ánimo ansioso, con alteraciones de la conducta y unas perturbaciones emocionales con sentimientos de infelicidad y tristeza. Como diagnósticos orgánicos hay un estrabismo, y como diagnóstico socio-familiar, una enfermedad psiquiátrica en uno de los padres.

Los derivantes son principalmente los familiares 50%, seguidos de la interconsulta hospitalaria 37.5%, médico público 12.5%. Los motivos de consulta más importantes son: dificultades escolares (aparece en todos los casos) 100%, seguido del estudio de inteligencia 25%, de los trastornos de conducta en la sociedad (un caso) y en la familia (otro caso), problemas emocionales (un caso). Los síntomas más importantes fueron: retraso de lecto escritura 87.5%, seguido por enuresis nocturna, encopresis, conductas inmaduras, retraso escolar, desobediencia, oposicionismo y rebeldía, inquietud motriz, distraibilidad, baja tolerancia al cambio y a la frustración, labilidad emocional, tristeza, timidez, retraimiento, bloqueo, y ansiedad de separación.

La edad media es de 8.8 años, $\sigma = 2.46$. El sexo es a partes iguales niños y niñas, los estudios alcanzados son E.G.B. en todos.

Los antecedentes patológicos más frecuentemente encontrados fueron: retrasos del desarrollo psicomotriz, problemas neonatales, hospitalizaciones y operaciones, retrasos en el control de esfínteres, problemas emocionales y de conducta y enfermedades somáticas y problemas psicosomáticos.

En cuanto a los datos socio-familiares encontramos una edad media de los padres de 38.16 años el padre, $\sigma = 7.16$; y 36.66 años la madre, $\sigma = 7.50$. El tipo de familia es principalmente nuclear, aunque también hay ampliada e incompleta por fallecimiento del padre. El número de hermanos es de tres y el lugar

que ocupan los pacientes está distribuido entre medios y menores. La procedencia es urbana y semiurbana. El nivel social es medio bajo/medio, un caso es de clase baja.

Los antecedentes patológicos familiares son: problemas leves en padre y madre, alcoholismo en abuelo epilepsia en abuela y en familiares de 2º grado, en estos también hay un retraso mental.

Los exámenes efectuados se reparten la mayoría entre pruebas de inteligencia, neuropsicológicas, proyectivas, seguido de pruebas gráficas y cuestionarios a padres y profesores.

En el año 1955 no aparece ningún trastorno específico de lecto escritura, ni siquiera dentro de los trastornos mixtos. Este hecho nos hace pensar que los retrasos de lecto escritura se encuentran como síntomas de otros diagnósticos. Así es en efecto, los diagnósticos en los que se encuentra son: comportamiento antisocial de la niñez y adolescencia, retraso mental leve y trastorno por terrores durante el sueño.

Los trastornos específicos del aprendizaje, dislexias, disgrafias o discalculias son bastante frecuentes, especialmente los dos primeros. La dislexia-disgrafia es relativamente frecuente. Son niños normales en cuanto a inteligencia y oportunidades educativas que no aprenden a leer y a escribir al ritmo adecuado y además, tienen fallos que no se dan en los otros niños. Se distinguen dos formas: la audiofonológica y la visuoespacial. En la primera los niños confunden vocales, sustituyen consonantes y pronuncian incorrectamente diptongos, tiene mejor pronóstico. La segunda, que para algunos sería la auténtica "dislexia", que consiste en leer letras, palabras e incluso frases "en espejo", se asocia con confusión derecha-izquierda, alteraciones en el esquema corporal, zurdera, las dificultades de aprendizaje en este grupo son más generalizadas y se pueden

detectar anormalidades neurológicas. Sin embargo los intentos de clasificación de un grupo "puro disléxico" con un origen constitucional con una etiología común y un abordaje terapéutico común, han fracasado Yule & Rutter, 1985 (204).

El hallazgo de que en el año 1955 no se detectara ningún trastorno de estas características puede ser debido al hecho de que la incidencia de la dislexia ha ido en aumento desde principios de siglo: 0.5% en 1905 Thomas, 0.7% en 1907 Wallin, 2% en 1928 Orton, 10% y 19% en 1950 Hallgreen, Bernaldo de Quirós, llegando hoy en día a un 20-25% (126). Según esto, en el año 1955 debía haber problemas disléxicos, pero quizás, por un lado, su diagnóstico quedaba oscurecido por el de retraso mental más grave y más frecuentemente diagnosticado, y por otro, que el hospital no era el lugar adecuado donde iban este tipo de niños, que no presentaban problemas orgánicos u otro tipo de trastornos más graves, siendo detectados con mayor frecuencia en los centros pedagógicos.

En la actualidad, las circunstancias que pueden explicar el porqué se diagnostica más son: de orden institucional, al convertirse el servicio de P.I. en un C. de Salud Mental Comunitario, acceden a él casos menos "hospitalarios", fracasos escolares, etc. De orden clínico, porque se diagnostican mejor por parte de los psicólogos clínicos. De orden social, porque hay una mayor sensibilidad hacia los problemas académicos por parte de los padres, ya que quieren que sus hijos hagan realidad lo que ellos no han conseguido, acceder a un mejor estatus socio-económico y cultural por medio de los estudios superiores. De orden pedagógico, al fin, por el comienzo precoz en el entrenamiento de la lectura y el uso de "lectura global", practicado en todas las escuelas.

Hay una asociación frecuente entre dificultades de lectura y otros problemas psiquiátricos Yule &

Rutter (204), y esto se ve también en nuestra muestra, ya que se asocian con: trastornos por déficit de atención con y sin hiperactividad, inteligencia límite, trastorno por terrores durante el sueño, enuresis primaria nocturna, trastorno por ansiedad de separación, comportamiento antisocial, inadaptación al ambiente escolar, trastorno por somatización. Es frecuente que los problemas de lectura traigan como consecuencia un fracaso escolar y que esto conlleve ansiedad y depresión, de aquí la asociación con problemas depresivo-ansiosos reactivos al fracaso y a la sobreexigencia de la familia.

También es frecuente que se asocien los problemas de lectura con los problemas de articulación e incluso con los de lenguaje de tipo expresivo o receptivo (204), e incluso con los problemas motrices y visoespaciales.

También se asocian con problemas orgánicos como la epilepsia simple, la parálisis cerebral perinatal, el estrabismo, las encefalopatías crónicas, etc. Y con otras enfermedades neurológicas, generalizadas o degenerativas.

Las alteraciones en las relaciones afectivas familiares y el bajo nivel socio-cultural de la familia, también se asocian con los retrasos de lecto-escritura por falta de estímulos.

II.2.2.2.3 Trastornos del desarrollo en el lenguaje.

Dentro de los trastornos específicos del desarrollo aparecen en segundo lugar los retrasos de lenguaje 4.385% en el año 1955, 9.9% en el 1989.

Los diagnósticos asociados en el año 1989 son: trastorno por evitación, negativismo, enuresis, encopresis, inteligencia límite, trastorno por ansiedad de separación, trastorno por terrores durante el sueño, trastorno de conducta y trastorno por déficit de atención. En el 1955, no se asocia con ningún trastorno psiquiátrico. Como diagnósticos orgánicos

tenemos: en el 1989 cefaleas, sordera y enfermedades del oído, también hay problemas epilépticos. En el 1955 hay una encefalopatía crónica. Entre los diagnósticos familiares destacan las familias sobreprotectoras, las alteraciones de las relaciones familiares, y las familias con déficit de control hacia sus hijos.

Los derivantes principales siguen siendo, en el 1989, los diferentes servicios del hospital, principalmente Neurología pediátrica. En el 1955, no consta en muchas ocasiones el derivante, pero cuando consta, una parte son derivados por la propia familia, en el 1989, han aumentado las derivaciones por la propia familia. Los motivos de consulta más importantes en ambos años son los problemas madurativos del desarrollo. Pero en el 1989, son también motivos, las dificultades escolares y el estudio de inteligencia. Los síntomas más importantes son: el retraso del lenguaje, las dislalias, la inquietud motriz, la torpeza motriz, el retraso de la lectura y de la escritura, la inmadurez, la falta de autonomía, la timidez y el retraimiento social.

La edad media de los niños es sensiblemente inferior a la de los otros retrasos específicos, 5.3 años, $\sigma = 2.64$, en el 1989, 5.2, $\sigma = 2.58$, en el 1955. En cuanto al sexo, en ambos años predominan los varones 3/1. En cuanto a los estudios, en el 1989, predominan los preescolares, los que están en guarderías e incluso sin escolarizar, en el 1955, predominan los niños sin escolarizar. En los antecedentes patológicos destacan en ambos años, los retrasos de desarrollo psicomotriz, los problemas neonatales, las convulsiones en la lactancia y primera infancia, las hospitalizaciones y las enfermedades somáticas de cierta gravedad.

Los datos socio-familiares son: edad de los padres, en el 1989, padre 38.6, $\sigma = 7.20$; madre 35.5, $\sigma = 6.08$, en el 1955, padre 43, $\sigma = 11.3$; madre 41.5, $\sigma = 13.43$. El tipo de familia es predominante nuclear

en ambos años, con alguna familia, en el 1989, en la que los padres se han separado. El número de hermanos es de 2 en el 1989, y 3 en el 1955, y el lugar en la fratría es principalmente menor y único en ambos años. La procedencia es urbana principalmente. El nivel socio económico es medio bajo/medio en el 1989, y medio bajo/bajo en el 1955. En los datos de patología familiar destacan los problemas leves que no precisaron tratamiento psiquiátrico, el alcoholismo, las enfermedades somáticas graves y la epilepsia en los familiares de 1º grado, el retraso mental es frecuente en los de 2º grado.

Las pruebas efectuadas son: de inteligencia, gráficas y neuropsicológicas, en el 1989 y exploraciones físicas, analíticas de sangre y orina y pruebas de inteligencia en el 1955.

II.2.2.2.4 Trastornos del desarrollo de la articulación.

En el año 1989 constituyen el 1.732% de los trastornos específicos del desarrollo y en el 1955 el 0.877%.

Tiene como diagnóstico asociado trastorno de ansiedad excesiva, retardo motriz, inadaptación laboral y trastorno adaptativo de la conducta. Diagnósticos orgánicos, epilepsia, problema respiratorio y en el 1989 alteración de las relaciones familiares y sobreprotección paterna.

Los derivantes en el 1989 son, como siempre, el propio hospital, y en el 1955, la familia. Los motivos son problemas madurativos del desarrollo, trastornos emocionales y descartar un problema psiquiátrico. Los síntomas son, lógicamente, dislalias y trastornos en la pronunciación amén de dificultades escolares, retrasos de lecto escritura, ansiedad de separación, miedos, pesadillas, timidez y retraimiento social, torpeza motriz e inquietud.

La edad oscila entre los 8 años y los 16, con predominio de los 8 años, $\sigma = 2.82$. El sexo está

equilibrado entre niños y niñas. y los estudios son principalmente Primarios y E.G.B.

Los antecedentes son retrasos del desarrollo psicomotriz problemas emocionales y neonatales.

Los padres tienen 35, $\sigma = 4.38$; y 34 años, $\sigma = 6.14$, respectivamente, el tipo de familia es nuclear, el número de hermanos es de dos, el lugar es el menor, la procedencia es urbana y el nivel social es medio bajo. Los antecedentes familiares son problemas leves.

Las pruebas efectuadas son de inteligencia, neuropsicológicas y gráficas.

II.2.2.2.5 Retardo motriz.

Dentro de este concepto incluimos la torpeza motriz: las dificultades de lateralización, la debilidad motriz de Dupré y la dispraxia motriz. Todas ellas denotan una perturbación de la destreza motriz como se manifiesta en el tono, la postura, los gestos, la coordinación motriz y los movimientos finos.

En el año 1955 encontramos estos problemas con una frecuencia del 0.877% y están asociados con tics motores crónicos, retraso mental leve y retraso en el desarrollo del lenguaje. Como diagnósticos orgánicos tenemos principalmente epilepsia simple y encefalopatía crónica. Debido a lo cual esta torpeza tiene en la mayoría de los casos una causa orgánica que excluiría este diagnóstico, Ajuriaguerra (2). Los derivantes son los familiares y médico privado. Los motivos de consulta son: problemas somáticos y retrasos del desarrollo. Los síntomas son además de las torpezas motrices, tics, dislalias, retraso escolar, inquietud motriz y alteraciones en la marcha. La edad media es de 6.76 años, $\sigma = 2.18$, y los estudios son primarios, el sexo es predominantemente varones. Los antecedentes patológicos son: retrasos del desarrollo psicomotriz y problemas neonatales. La edad media de los padres es de 36.7 años, $\sigma = 7.55$, el padre ; 34, $\sigma = 6.12$, la madre. El tipo de familia es nuclear y consanguíneos.

La procedencia es urbana y rural, el nivel social es medio bajo, el número de hermanos es de 4 y el lugar en la fratría es el menor. Los antecedentes familiares son alcoholismo, problemas leves y una psicosis. Los exámenes efectuados son: sistemáticos de sangre y orina, EEG. e interconsultas a otros servicios (Neurología).

Las características en el año 1989 son: su frecuencia es de 3.712%, se asocia con otros trastornos del desarrollo (de lecto escritura, de lenguaje, de articulación, etc.), con retrasos en el control de esfínteres, con trastornos adaptativos con ánimo ansioso, emocionales puros y mixtos. Epilepsias y problemas familiares y sobreprotección. El derivante principal es el propio hospital. Los motivos de consulta son problemas madurativos del desarrollo, estudio de la inteligencia y dificultades escolares. Los síntomas son, torpezas motrices, retraso escolar, timidez retraimiento social, retraso de lecto escritura, inquietud motriz, dislalias, enuresis, ansiedad, somatizaciones, miedos, distraibilidad y falta de atención.

Son niños de unos 7 años de edad media, $\sigma = 3.21$, de predominio varones, 3/1, en edad escolar, primaria. Con antecedentes de alteraciones del desarrollo psicomotriz, convulsiones, problemas emocionales, problemas neonatales.

La familia es nuclear con algún separado. el padre tiene 37 años, $\sigma = 6.05$; y la madre 34, $\sigma = 7.8$. El número de hermanos es de dos y suele ser el menor o el mayor. Proceden de zonas urbanas, el nivel social es de medio alto/medio. Como antecedentes hay problemas leves, enfermedades somáticas graves y neurosis.

Los exámenes son: además de pruebas de inteligencia, gráficas y neuropsicológicas, proyectivas exámenes físicos, EEG. sistemáticos, de sangre y orina y cuestionarios a padres y profesores.

Como se ve en total son más numerosos los retrasos específicos en el año 1989 ($\chi^2 = 23.29$, G.L. = 1, $p < 0.000001$) debido por una parte a que en el año 1955 este tipo de problema pasa a un segundo término por la importancia porcentual de la patología más grave que suponía el retraso mental, por otro la sociedad actualmente está más sensibilizada por los problemas escolares debido a sus expectativas de que sus hijos logren con los estudios un estatus social más elevado.

Es por esto que los retrasos de lecto escritura, que suponen una dificultad para el aprendizaje e incide en los resultados académicos, son más frecuentemente detectados y estudiados.

Los retrasos específicos se asocian entre sí. Por esto el tipo de trastorno más frecuente en el año 1989 es el mixto, con una frecuencia de un 17.821%, y es significativamente más importante en este año ($\chi^2 = 20.39$, G.L. = 1, $p < 0.000006$), este diagnóstico comprende retrasos en la lecto-escritura, en el lenguaje y la articulación y en la motricidad.

Está muy debatido el origen de los retrasos específicos. Por una parte, se invocan factores de inmadurez neurológica, pero por otra, los factores sociológicos son importantísimos, el estímulo de la familia y los modelos de los padres en cuanto a la lectura y escritura. La mayor parte de las familias son de clase social media-baja y media-media, con un nivel cultural en los padres de un 30% de estudios primarios, incompletos la mayor parte de las veces, y un 27.5% de padres en que no han cursado ni siquiera estudios primarios y sólo saben leer y escribir, sólo hay un 21.25% de los padres que tienen estudios de grado medio, y un 7.5% estudios superiores. Dadas estas circunstancias donde, por un lado, no se estimula demasiado con el ejemplo la lectura en los niños pero, por el otro, hay una excesivas expectativas y exigencias en cuanto a los rendimientos académicos que

generan ansiedad y depresión en ellos.

Los retrasos del lenguaje por ser más evidentes, se detectan a una edad más temprana que los otros que son puestos en evidencia por la incorporación de los niños a las actividades académicas, y sobre todo en los primeros cursos de E.G.B.

En el año 1955 hay una mayor "medicalización" de estos problemas reflejada en el hecho de su estudio por medio de análisis clínicos, EEG. e interconsultas con otros servicios. En el 1989 estos problemas son estudiados desde un punto de vista más interdisciplinario, médico y psicológico, como lo demuestran los estudios efectuados para su diagnóstico.

II.2.2.3 Otros trastornos con manifestaciones somáticas.

En el DSM-III se incluyen en este grupo los trastornos del control de esfínteres (enuresis, encopresis), la tartamudez y los trastornos del sueño (sonambulismo y terrores nocturnos); en la CIE-9 también están ubicados en un grupo heterogéneo de trastornos. Para algunos como Rutter (160), se tratarían de problemas de desarrollo, por los factores de maduración biológica que implican, pero en contra de considerarlos como tales estaría el hecho de que en los problemas de desarrollo hay una preponderancia del sexo masculino y también el de que, por ejemplo en el caso de la enuresis, a veces no es una falta de desarrollo, sino una pérdida de un control que ya se había adquirido.

II.2.2.3.1 Trastornos del control de esfínteres.

En grado de importancia en nuestra muestra se encuentran en primer lugar los trastornos del control de esfínteres. 9.157% en el 1989, 1.754% en el 1955, Tabla XXVII.

La enuresis es más frecuente que la encopresis, 6.435% frente a 2.722%. En el año 1989 se asocia con los diagnósticos siguientes: encopresis, trastornos específicos del desarrollo, trastorno por ansiedad de

separación, trastorno por déficit de atención, trastornos emocionales de la infancia y adolescencia, trastornos por somatización y retardo motriz. Cuando no es el diagnóstico principal, acompaña a trastorno por somatización, trastorno por déficit de atención, tras. por evitación, trastorno adaptativo con alteraciones de la conducta y encopresis. Los diagnósticos orgánicos son: enfermedades de los ojos y de los oídos y polinosis. Las circunstancias socio-familiares son: exceso de control paterno, deficiencia de control paterno y desordenes psicológicos en los padres.

Los derivantes son los servicios del hospital, en segundo lugar la propia familia y por último el médico público.

Los motivos de consulta principales son: estudio somático y problemas madurativos del desarrollo.

Los síntomas más frecuentes son: en primer lugar enuresis (nocturna y diurna), después encopresis, inquietud, nerviosismo, caprichos, agresividad, desobediencia a normas, torpeza motriz, dificultades de lecto-escritura, retraso o dificultades en la escuela, distraibilidad, inmadurez, somatizaciones, timidez, pesadillas, ansiedad de separación. En cuanto a los datos personales, la edad media de presentación es de 8 años, $\sigma = 2.56$, en cuanto al sexo, predominan los varones 2/1, los estudios son principalmente primarios pero también hay preescolares. En cuanto a antecedentes patológicos, predominan los trastornos del control de esfínteres, esto quiere decir que son más frecuentes las enuresis primarias, seguido de hospitalizaciones, operaciones (amigdalectomías), problemas neonatales, problemas psicósomáticos, problemas de alimentación y de sueño.

Los datos socio-familiares son: la edad de los padres: 34, $\sigma = 6.54$; y 36, $\sigma = 5.87$, (padre y madre respectivamente), el tipo de familia es nuclear principalmente. El número de hermanos es de 3, y el

orden es menor y mayor. La procedencia es urbana y el nivel social es medio-medio y medio bajo.

Los antecedentes patológicos familiares son: problemas leves en padres y hermanos, un padre drogadicto con un intento de suicidio y enfermedades somáticas graves en padres.

Los exámenes efectuados son principalmente pruebas gráficas, pruebas de inteligencia, pruebas proyectivas y neuropsicológicas.

En el año 1955 la enuresis aparece asociada con comportamiento antisocial de la niñez y adolescencia y trastorno por ansiedad de separación. Los diagnósticos orgánicos son epilepsia principalmente y las circunstancias socio-familiares son de deficiencia de control paterno. Los derivantes son los familiares y los servicios de la comunidad.

Los motivos de consulta son por problemas de conducta en casa y en el colegio, problemas madurativos del desarrollo, problemas emocionales y somáticos.

La edad media de los niños es de 7.5 años, $\sigma = 3.4$, hay igual proporción de varones y mujeres y están sin escolarizar.

Los antecedentes patológicos son: trastornos del control de esfínteres, retrasos del desarrollo psicomotriz, problemas somáticos y malos tratos y abandono en la infancia.

Los síntomas son: enuresis nocturna y diurna, inquietud, dificultades escolares, suciedad desorden y falta de cuidado de las cosas (juguetes, ropa, etc.), ansiedad y miedos.

Las edades de los padres se desconocen. Uno de los niños es hijo de madre soltera y el otro pertenece a una familia nuclear. El número de hermanos es de tres y uno es mayor y el otro menor. La procedencia es urbana en ambos y el nivel socio-económico es bajo. Los antecedentes patológicos en la familia son: problemas leves y enfermedades somáticas graves en

parientes de 1º grado.

Los exámenes efectuados fueron: pruebas gráficas y de inteligencia, radiografía de cráneo y EEG.

En cuanto a la encopresis, sólo aparece este diagnóstico sin asociarse con otros en un 11% de los casos, el resto de las veces se asocia con: enuresis la mayor parte de las veces, con retrasos específicos (de lecto-escritura y de habla) y con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Las características de este diagnóstico en el 1989 son: El derivante principal es el propio hospital, seguido de la familia y médico público. Los motivos de consulta en este diagnóstico fueron: descartar problemas somáticos, dificultades escolares y problemas madurativos del desarrollo. Los síntomas más frecuentes: naturalmente, encopresis seguido de conductas inmaduras, oposicionismo, retraimiento social, pesadillas, enuresis diurna y nocturna ocasionales y dificultades de lenguaje (retrasos, dislalias).

Los datos personales son: la edad media es de 7.5 años, $\sigma = 4.3$, en cuanto al sexo están igualmente representados los varones y las mujeres, el nivel de estudios es primario y alguno guardería.

Los antecedentes patológicos son: retrasos en el control de esfínteres, problemas de conducta y problemas de apego excesivo.

Los datos socio-familiares son: la edad de los padres es de 36 años para ambos, $\sigma = 5.56$, $\sigma = 6.84$, el tipo de familia es nuclear y amplia.

El número de hermanos es de tres y predominan los mayores. la procedencia es urbana y semiurbana y el nivel social es predominantemente medio-bajo.

Los exámenes efectuados son: pruebas gráficas, de inteligencia, proyectivos y neuropsicológicos.

Los trastornos del control de esfínteres se asocian con otras patologías como se ve en diferentes

estudios. Así para Monedero (131), se asociaría con terrores y miedos nocturnos, anorexia, trastornos de lenguaje y aprendizaje y encopresis. Este autor asevera que la enuresis "raramente se presenta como un síntoma aislado". Steinhausen & Gobel, 1989 (176) en un estudio reciente, de 1989, comparando 386 niños enuréticos con otros 2,404 niños con otros problemas psiquiátricos también llega a la conclusión que los problemas de retraso de desarrollo se asocian frecuentemente con la enuresis.

En el año 1955 los problemas de esfínteres se hallan asociados como un síntoma más de los retrasos mentales, las familias consultan menos por problemas "menores", de tal manera que la diferencia de aparición de estos trastornos del control de esfínteres son significativas a favor del año 1989, ($\chi^2 = 3.61$, G.L. = 1, $p < 0.057$), y particularizando por trastornos, en los pocos casos de enuresis que se presentan se consulta por alteraciones de la conducta, retrasos de desarrollo y problemas de ansiedad y miedos. En este año, se detectan más problemas orgánicos y el nivel social de las familias es más bajo que en el 1989, las diferencias de aparición de este trastorno entre ambos años son significativas, ($\chi^2 = 3.16$, G.L. = 1, $p < 0.075$).

En cuanto a la encopresis en el 1955 no aparece como motivo de consulta en sí, pero sí asociada con retraso mental.

En el 1989 aparece sola pero más frecuentemente asociada con enuresis, problemas de atención y conducta y otros retrasos específicos del desarrollo, la diferencia entre ambos años para este trastorno es significativa ($\chi^2 = 3.43$, G.L. = 1, $p < 0.064$).

II.2.2.3.2 Trastornos del sueño.

Dentro de este grupo se encuentran los trastornos del sueño (terrores nocturnos, sonambulismo) que constituyen el 2.227% de la muestra total de diagnós-

ticos en el año 1989 y el 2.631% en el 1955, Tabla XXVII.

Las características de este grupo en el 1955 son: Los diagnósticos acompañantes la mayor parte de naturaleza orgánica, sordera, epilepsia simple y no convulsiva generalizada, incluso el diagnóstico psiquiátrico tiene una base neurológica tics motores crónicos.

Los derivantes principales son los familiares, y los motivos de consulta principales son: problemas emocionales, preocupación familiar acerca de padecer un trastorno psiquiátrico, problemas de conducta en casa y en el colegio y dificultades escolares.

La sintomatología consistió en: sonambulismo y otros trastornos del sueño (somniaquía, despertar sobresaltado y con signos vegetativos intensos, dificultades para conciliar el sueño), retraso de lecto escritura, tics, torpezas motrices, enuresis nocturna ocasional, retrasos del lenguaje, desobediencia insociabilidad, baja tolerancia al cambio y a la frustración, inquietud.

La muestra da una edad media de 8 años, $\sigma = 5.26$. El sexo es predominantemente masculino. El nivel de estudios alcanzado: estudios primarios, preescolar y sin escolarizar.

Los antecedentes patológicos encontrados en este año son: problemas de sueño, problemas en el control de esfínteres, problemas neonatales, convulsiones, problemas de conducta y hospitalizaciones y operaciones.

La edad de los padres no consta en la mayoría de las historias, el tipo de familia es nuclear e incompleta por fallecimiento. La media del número de hermanos es de 2.8, y el lugar ocupado es el de primogénito y menor. La procedencia es urbana y rural y el nivel social es medio-bajo. Los antecedentes familiares son problemas leves y alcoholismo en los de

primer grado.

Los exámenes efectuados son: análisis sistemáticos de sangre y orina pruebas gráficas, interconsultas y exploraciones efectuados por otros servicios y EEG.

En el año 1989 las características fueron: Los diagnósticos psiquiátricos acompañantes, ansiedad de separación, ansiedad excesiva, trastorno mixto del desarrollo, trastorno adaptativo. Estrabismo, entre los orgánicos, y exceso de control paterno entre los socio-familiares.

Los derivantes, interconsultas del hospital, la familia y médicos públicos. Los motivos de consulta, problemas psíquicos emocionales, problemas somáticos, descartar problema psiquiátrico y preocupación acerca de ello y dificultades escolares.

Los síntomas fueron: terrores nocturnos y pesadillas, dificultad para conciliar el sueño, miedos, fobias, ansiedad en sus múltiples formas (de separación, excesiva, crisis), problemas de conducta (caprichos, insociabilidad), encopresis y enuresis esporádicas, intervención quirúrgica, retraso de lecto escritura.

Los datos personales: la edad media 7 años, $\sigma = 3.27$, el sexo varones 2/1, los estudios, primarios, guardería y preescolar.

Los antecedentes patológicos: hospitalizaciones, operaciones, problemas de apego, problemas emocionales, problemas de sueño.

Los datos socio-familiares: la edad de los padres 40 y 38 años, $\sigma = 5.34$ y 6.43 , el tipo de familia, nuclear, el número de hermanos, 2 y el lugar ocupado, menor y único. La procedencia, urbana y semiurbana, el nivel social bajo, medio-bajo.

Los antecedentes patológicos familiares: leves, alcoholismo, psicosis, epilepsia y enfermedades somáticas graves.

Los exámenes efectuados: pruebas gráficas,

proyectivas, interconsultas y exploraciones físicas, pruebas neurofisiológicas, pruebas de inteligencia.

Los problemas de sueño pueden ser una manifestación de problemas orgánicos, cerebrales o no, de inmadurez cerebral, o de un trastorno de ansiedad en la infancia Del Barrio (43).

En el 1955 los problemas de sueño tienen una base orgánica por los diagnósticos a los que se asocia, en el 1989 tienen una base ansiosa. Se observa una vez más la predominancia de problemas orgánicos en el 1955.

Los síntomas con los que se asocian los problemas de sueño coinciden con los encontrados por otros autores, enuresis, ansiedad y problemas de desarrollo y de conducta, Monedero (131); Haslam, 1985 (75).

En conjunto no hay diferencias muy significativas, en este grupo diagnóstico, entre ambos años.

II.2.2.4 Trastornos de conducta.

El término trastorno de conducta es definido como: "un patrón repetitivo de conducta en el cual son violados tanto los derechos básicos de otros, como las normas o las reglas apropiadas a la edad del individuo" DSM-III, 1980 (8). Para ser diagnosticado de trastorno de conducta el comportamiento problemático ha debido durar, al menos seis meses y, además, debe cumplir una serie de criterios que definen cuatro subtipos de trastornos:

- Infrasocializado agresivo.
- Infrasocializado no agresivo.
- Socializado agresivo.
- Socializado no agresivo.

Los individuos que cumplen los criterios del tipo agresivo violan los derechos de otros ejerciendo violencia física (peleando, intimidando, asaltando). Los no agresivos, se caracterizan por la ausencia de violencia física, pero presentan otras conductas tales como: fugas, novillos, mentiras persistentes, robos y

vandalismo. Ambos subgrupos se basan en la presencia o ausencia de comportamiento antisocial. Los siguientes subgrupos se basan en la presencia o ausencia de vínculos sociales. Así, los infrasocializados se caracterizan por un fracaso al establecer relaciones afectivas con los demás. Los socializados tienen relaciones sociales y tienen posibilidades de establecer vínculos. Estas categorías tendrían una confirmación empírica en los grupos que Achenbach y Edelbrock, 1985 (1), describieron en base a un análisis factorial:

- Síndrome agresivo, que se caracteriza por una agresividad marcada y conflictos con los demás.
- Síndrome delictivo, que se caracteriza por falta de honestidad y un comportamiento que se salta las reglas y es más encubierto que el anterior.

El síndrome agresivo correspondería al agresivo no socializado de la clasificación DSM-III y el síndrome delictivo correspondería al socializado. Sin embargo, en la práctica las cosas no están tan claras y existe un solapamiento entre las dos variedades de trastornos de conducta, Rutter & Giller, 1983 (160). De todas maneras, las cuatro subclases de trastornos de conducta no han prevalecido en la revisión del DSM-III de 1987, la cual simplifica los tipos resumiéndolos en tres:

- Trastorno de conducta de tipo grupal.
- Trast. de cond. de tipo agresivo solitario.
- Trast. de cond. de tipo indiferenciado.

La CIE-9 también tiene en consideración un grupo de trastornos mixtos, en los cuales hay unos problemas emocionales junto con otros de conducta.

Los problemas de conducta en los niños y adolescentes varían en intensidad, edad de aparición y frecuencia de asociación entre ellos, por eso no son lo mismo las rabietas y las conductas negativistas en la primera infancia o en el preescolar que, si no son

demasiado intensas y frecuentes, se pueden considerar una etapa normal en su desarrollo evolutivo, que los continuos atentados contra la propiedad o las conductas claramente agresivas de un adolescente que una y otra vez le crean problemas con la policía y los jueces.

Debido a esta variabilidad de conductas, y al amplio margen de intensidad, frecuencia y duración de las mismas, se acostumbra a diferenciar, al menos en la clasificación DSM-III y CIE-9, entre: **comportamiento antisocial de la niñez y de la adolescencia y trastorno de conducta**. Refiriéndose el primero a todos aquellos comportamientos, en sentido amplio, que implican violaciones de reglas sociales y/o actos violentos contra otras personas. De esta manera, los comportamientos antisociales, se refieren a problemas de conducta, sean o no sean demasiado graves, que incluso pueden aparecer en el curso del desarrollo normal y desaparecer después. Mientras que los **trastornos de conducta** se refieren a instancias en las que los niños o adolescentes evidencian un patrón de conducta antisocial, al mismo tiempo que un importante deterioro en el funcionamiento diario, tanto en el hogar como en la escuela, unido a unas dificultades de manejo por parte de las personas significativas que forman parte de su entorno (padres, profesores). Estos últimos problemas implican un comportamiento antisocial clínicamente significativo que está claramente más allá del funcionamiento normal incluso para el que correspondería a una fase del desarrollo. Estos niños y adolescentes entran en contacto con los diferentes agentes sociales, de salud mental, pedagógicos, policía, tribunales, etc.

Se consideran también problemas de conducta otras categorías diagnósticas como:

Trastorno oposicionista o negativista en el cual aparece un patrón de conducta consistente en: desobe-

diencia, negativismo y oposición provocativa frente a las figuras de autoridad, que se manifiesta en forma de violaciones de reglas menores, rabietas, discusiones y tozudez. No existen violaciones importantes de los derechos básicos de los demás ni de las normas sociales. Puede aparecer de los trece a los dieciocho años.

Trastorno adaptativo con alteraciones de la conducta es una reacción desadaptada frente a una tensión identificable, por ej. divorcio de los padres, nacimiento de un hermano, etc., que se manifiesta como una reacción alterada con un desajuste en las ocupaciones habituales y con síntomas relacionados con la situación de tensión (peleas, vandalismo, novillos).

Personalidad antisocial, está caracterizada por un comportamiento antisocial habitual y persistente que afecta a las ocupaciones del individuo y, a veces, le causa tensión. Para este diagnóstico hace falta tener al menos 18 años, pero puede comenzar antes de los 15 años.

Condiciones no debidas a un trastorno mental, se trata de actos antisociales aislados, no patrones de conducta tales como: conflictos con los padres o maestros. No constituyen síntomas de un problema mental.

Analizando los problemas de conducta en ambos años se observa, Tabla XXVIII.

El diagnóstico más frecuente en el año 1955 es el comportamiento antisocial de la niñez y adolescencia, 13.157%, 0.742% en el 1989, y en el año 1989 es el infrasocializado agresivo 6.188% y 1.754% en el año 1955, el trastorno adaptativo de la conducta es algo más frecuente en el 1989, 1.732%, así como el socializado no agresivo 1.485%, en el 1989 no se da ningún caso de infrasocializado no agresivo, el agresivo es algo más frecuente en el 1955, 0.877%. El hecho de que se de con más frecuencia el comportamiento antisocial,

más leve, en el año 1955 ($\chi^2 = 12.7$, G.L. = 1, $p < 0.001$) y que los problemas de conducta más graves se den en el 1989, ($\chi^2 = 2.94$, G.L. = 1, $p < 0.086$) nos habla de una mayor tolerancia hacia los problemas de conducta más leves en el 1989 y de una mayor preocupación de la sociedad por los problemas más graves como la delincuencia y la drogadicción. Los trastornos adaptativos de conducta se refieren principalmente a adolescentes que están experimentando una crisis madurativa con problemas de conducta.

El análisis de las variables en ambos años da el resultado siguiente:

En el año 1955 los diagnósticos que se asocian con los trastornos de conducta son: en cuanto a los psiquiátricos, trastorno por tics motores crónicos y enuresis.

Dentro de los orgánicos, epilepsia simple, epilepsia no convulsiva generalizada, parálisis familiar espástica. Y dentro de los socio-familiares, conflictiva familiar y deficiencia de control paterno.

Los derivantes son: médico público, interconsulta hospitalaria, servicios sociales de la comunidad.

Los motivos de consulta: Problemas de conducta en la familia, en el colegio y en la sociedad. Problemas somáticos. Los síntomas más importantes fueron: inquietud, suciedad, desorden, desobediencia, oposiciónismo, rebeldía, falta de atención, agresividad, rabietas, impulsividad, provocación, mentiras, robos, fugas, comportamientos sexuales, caprichos, baja tolerancia al cambio y a la frustración, tics, onicofagia, indiferencia, alteraciones del sueño (somniaquia), dispraxias motrices, dislalias, enuresis, encopresis, retraso lecto-escritura, inmadurez, retraso escolar, pesadillas.

Los datos personales fueron: Edad media: 8.6 años $\sigma = 3.55$. Sexo: V/M = 3/1. Estudios: Primaria, Preescolar, sin escolarizar. Los antecedentes patológicos

personales fueron: problemas de conducta, p. neonatales, convulsiones, problemas de sueño, retrasos de desarrollo psicomotriz, hospitalizaciones, operaciones, problemas de control de esfínteres, enfermedades somáticas.

Los datos socio-familiares: Edad de los padres: Padre 40.8 a. $\sigma = 6.057$; Madre 37.25 a. $\sigma = 6.675$. El Tipo de familia: Nuclear, Incompleta (fallecimiento del padre), madre soltera, familia amplia. N° de hermanos: 2-3. Lugar: único, menor, mayor. Procede: Urbana. Nivel socio-cultural Bajo/Medio-bajo. Los antecedentes patológicos familiares: en los de 1° Grado: padre, abuelo: Alcohólicismo, problemas de personalidad, madre: enfermedades somáticas, neurosis. Los exámenes realizados fueron: análisis clínicos, EEG., pruebas de inteligencia, interconsultas hospitalarias, pruebas gráficas, pruebas proyectivas.

En el año 1989 tenemos: Como diagnósticos asociados: en primer lugar conflictiva familiar, familia punitiva con castigos físicos malos tratos, privación social y material, carencias afectivas familiares. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos tenemos trastornos específicos del desarrollo (de lectura, lenguaje y mixtos); trastorno por déficit de atención con hiperquinesia, enuresis, trastorno por somatización, abuso y dependencia de opiáceos. Los diagnósticos orgánicos fueron: epilepsia simple y ausencias.

Los derivantes principales fueron: los servicios hospitalarios, la familia, la institución escolar y las autoridades judiciales.

Los motivos de consulta fueron: problemas de conducta en la familia, en el colegio y en la sociedad, dificultades escolares, problemas somáticos, estudio de inteligencia.

Los síntomas: desobediencia, oposicionismo, rebeldía, inquietud, agresividad, impulsividad, provocación, caprichos, robos, mentiras, rabietas,

fugas del colegio, retrasos de lecto-escritura, abuso de drogas, delincuencia.

Los datos personales: Edad media: 9.21 años, $\sigma = 3.33$. Sexo: V/M= 1/1. Estudios: E.G.B., Preescolar, sin escolarizar, educación especial.

Los antecedentes patológicos fueron: problemas de conducta, hospitalizaciones, operaciones, problemas psicosomáticos, problemas de control de esfínteres, convulsiones, enfermedades somáticas, malos tratos, abandono, alteraciones vinculares, P. de sueño, problemas emocionales, retrasos del desarrollo psicomotriz, problemas de alimentación.

Los datos socio-familiares:

La Edad de los padres: Padre 39.0 a. $\sigma = 5.53$; Madre 36.6 a. $\sigma = 4.767$. El tipo de familia: Nuclear, Separados, Madre soltera, divorciados, incompleta por fallecimiento del padre, amplia. El número de hermanos: 3, el Lugar: Mayor, menor, único, medio. Procedencia: Urbana, semiurbana. Nivel socio-cultural: Medio-bajo, medio-medio, bajo, medio/alto, sin recursos.

Antecedentes patológicos familiares:

1º Grado: Alcoholismo, depresión, problemas de personalidad, drogadicción, en los de 2º Grado: Epilepsia, retraso mental.

Los exámenes efectuados: pruebas gráficas, pruebas de inteligencia, pruebas psiconeurológicas, pruebas proyectivas, cuestionarios a los padres, profesores, EEG.

Comentarios:

La edad de consulta es ligeramente superior en el año 1989, relacionado seguramente con la mayor gravedad de los cuadros, aunque entra en ambos años dentro del rango de edades de consulta que se ven en otros estudios, 8-10 años, Robins, 1990 (156).. El sexo es predominantemente masculino en el año 1955, con la proporción que dan otros trabajos, 3/1, Graham, 1979

(69), en el 1989, se igualan la proporción entre los sexos, debido al mayor interés por la salud mental de las niñas. El nivel escolar es de Primaria, E.G.B., aunque hay algún número de pacientes que han abandonado la escuela y están sin escolarizar. Los derivantes en ambos años son además de las interconsultas hospitalarias y la familia, las autoridades judiciales en los casos más graves y los servicios sociales como responde a unos problemas que tienen una mayor repercusión social.

Los síntomas en ambos años corresponden a las dimensiones "bipolares" de los comportamientos antisociales que describió Loeber, 1985 (113): abiertos (hiperactividad, agresividad, peleas, rabietas, etc.), en los que existe confrontación con otros y cubiertos (robos, fugas, novillos, abuso de drogas y alcohol), común a ambos estarían la desobediencia y el descaro. En el año 1989 están más representados los síntomas "cubiertos". También se encuentran los problemas escolares, retrasos de lecto-escritura, retraso escolar. Se han relacionado los trastornos de conducta con la institución escolar, su masificación y la "ratio" profesor alumno, el sistema de enseñanza que favorece a los alumnos más aventajados y la relación entre el profesor y el alumno. Con relación a la escuela escribe Kagan, 1987 (88) "El interés exclusivo por hacer que sean los jóvenes de más talento quienes ocupen los puestos más exigentes técnicamente y el muy poco interés por la escala total de talento de una generación tiene consecuencias inconvenientes para la sociedad en general..... Porque si la escala de capacidades es demasiado amplia, los jóvenes del tercio inferior de la distribución se desaniman en exceso con la posibilidad de obtener una profesión interesante. Y este ánimo puede dar ocasión a una epidemia de apatía o de conducta asocial que perjudique a la comunidad y acabe tanto con los placeres

estéticos como con los beneficios prácticos de que gozan los del tercio superior". Esta insatisfacción con el ambiente escolar se gesta en los primeros años de la escolarización y junto con los factores familiares y parentales, amén de un comienzo precoz de comportamientos desviados son los predictores más potentes de padecer problemas de conducta graves, Loeber & Dishion, 1983 (113); Rutter & Giller, 1983 (160).

En el año 1955 predominan como en casi todos los diagnósticos de ese año los diagnósticos orgánicos, 62% pero aparecen también situaciones familiares anómalas, conflictiva familiar y falta de control paterno, 14.3%.

En el 1989 aparece en primer término la conflictiva familiar, la familia punitiva e incluso con malos tratos, la privación social y material y las carencias afectivas, 34.1%. También en este año hay diagnósticos orgánico cerebrales y trastornos específicos del desarrollo. Si bien en numerosos estudios se han intentado encontrar factores neuropsicológicos en los niños con trastornos de conducta, los resultados no son concluyentes Kazdin, 1987 (92). Lo que sí está constatado en la mayoría de los estudios es el influjo de los factores familiares: conflictiva familiar, separación de los padres, ausencia de alguno de los padres, inconsistencia y falta de normas en la educación de los hijos, falta de cariño, relaciones no afectuosas, no aceptación del niño, ausencia de soporte emocional y vínculos poco sólidos entre el niño y los padres, trato duro, severidad en los castigos y prácticas disciplinarias excesivas, malos tratos, Kazdin, 1987 (92); McCord, 1990 (124). Todos estos factores se dan en mayor o menor medida en ambos años, es decir, en ambos años hay familias alteradas, incompletas, ausencia de un cónyuge, por ser madre soltera o por separación matrimonial. Esto es especialmente marcado

en el 1989, donde, además se dan en los antecedentes patológicos de los niños, problemas de malos tratos y abandonos y alteraciones vinculares.

La clase social es un factor importante en la aparición de problemas de conducta, existe una preponderancia de problemas de conducta y delincuencia en las clases socioeconómicas más bajas, West, 1967 (194). En nuestra muestra predominan en ambos años las clases bajas y medias-bajas. La procedencia es urbana y semiurbana.

El tamaño de la familia es un factor importante pues hay un mayor índice de problemas de conducta en las familias más numerosas Glueck & Glueck, 1968 (66). En nuestra muestra el número de hermanos, índice del tamaño de la familia, no es muy grande, 2-3 hermanos. Y en cuanto al orden en la fratría están descritos más problemas de conducta entre los hermanos medianos (66), en nuestro caso predominan los mayores, únicos y menores.

En cuanto a los antecedentes patológicos familiares está descrito un riesgo elevado de tener conductas alteradas en hijos de padres con conductas criminales y alcoholismo, especialmente en el padre, (160), (194), (156). En nuestra muestra en ambos años hay antecedentes de alcoholismo en los padres y abuelos y tres casos de drogadicción en padres de niños con problemas de conducta, en dos ambos padres son drogadictos, en uno el padre solamente, también encontramos problemas de personalidad y afectivos en los padres.

Las pruebas efectuadas son similares en ambos años.

De particular importancia es el aumento de problemas de drogadicción en el año 1989. En nuestra muestra encontramos tres casos, dos varones de 14 años y una mujer de 12 años 7 meses, uno de ellos consume heroína exclusivamente y los otros son además bebedo-

res de alcohol. En dos de ellos hay conflictiva familiar y antecedentes de carencias de estímulos sociales y carencias materiales, en uno de ellos el padre falleció. Uno de ellos ha dejado el colegio. Los varones están diagnosticados, además de consumidores de sustancias tóxicas, de trastornos de conducta, infrasocializado agresivo y socializado agresivo, la mujer está diagnosticada de trastorno adaptativo con alteraciones mixtas de conducta y emociones. Uno de ellos está afecto de una hepatitis y se vio en interconsulta el resto fueron derivados por un médico público y por los servicios judiciales. La procedencia es urbana. Son dos de ellos primogénitos de 2 y 8 hermanos y la mujer es la menor de 3. El nivel social de la familia es bajo en todos los casos. Todos tienen antecedentes de problemas de conducta y presentan como síntomas fugas de casa, delincuencia, robos, y la mujer, tristeza, intento de suicidio y labilidad emocional. Como antecedentes familiares destaca que en uno de ellos el padre era alcohólico y en otro dos hermanos mayores eran drogadictos. Se les han efectuado pruebas proyectivas.

La muestra de consumidores de sustancias tóxicas en el año 1989 no nos permite hacer inferencias acerca de la situación de la drogadicción entre los niños y adolescentes en nuestro país y en esa época, puesto que sólo se dispone de tres casos. No obstante, estos tres casos suponen un aumento significativo del problema respecto del año 1955, y representan una pequeña muestra de que los niños con problemas de abuso de sustancias estaban llegando por esas fechas a los centros de salud mental infanto-juvenil, pero no en la proporción que lo hacían los adultos jóvenes a los Centros de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias. En nuestro país, la edad media del inicio del consumo de sustancias se encuentra comprendida entre los 11 y 15 años, y más concretamente, la

edad media del consumo del primer tóxico está en los 13.32 años, Lazcano, 1987 (108). Los tóxicos que se empiezan consumiendo son por orden: tabaco, alcohol y cannabis, pasando posteriormente a anfetaminas, heroína y cocaína. En nuestro país, en el año 1989, no estaba tan extendido el uso de cocaína como en EE.UU., especialmente en forma de "crack" (pasta básica de cocaína fumable), que comenzó por esas fechas en ese país constituyendo un grave problema de salud pública entre los adolescentes. En nuestro país ha aumentado el uso de cocaína estos últimos 7 años, pero el consumo se inicia tardíamente y sobre todo por parte de heroínomanos previos Barrio, Sánchez y De la Fuente, 1990 (14).

El hecho de incluir este problema en el análisis de los trastornos de conducta se debe al hecho de que existe una asociación estrecha entre la drogadicción y los problemas de conducta. Alonso-Fernández 1979, - (6), distingue dos clases dentro de la toxicomanía juvenil: una escolar, la cual se incuba y realiza en los centros escolares, es asocial y de evasión y otra callejera, cuyo estilo de vida deriva de experiencias en la calle, y es más avanzada que la anterior y es antisocial y criminógena. En cuanto a la primera, según este autor, "el signo de alarma es el fracaso escolar que correlaciona muy estrechamente con el inicio de la adicción y en cuanto a la segunda con la delincuencia, que se asocia muy estrechamente con las pautas habituales del consumo de drogas duras".

Por otra parte los estudios que se han efectuado con adolescentes consumidores de sustancias, Johnston & col. 1978, Jessor & Jessor 1977, Kandel & col. 1978 y Robins & col., 1978 (156), han encontrado que estos adolescentes tienen un exceso de comportamientos sexuales precoces, un pobre rendimiento escolar, unas aspiraciones bajas en cuanto a sus logros académicos, una rebeldía hacia las normas impuestas en el hogar

por sus padres y frecuentemente se asocian con chicos que tienen un comportamiento similar.

Los problemas de conducta que actúan como predictores de un posterior abuso de sustancias son, según un estudio retrospectivo con toxicómanos a una o varias sustancias incluida el alcohol, robar, hacer novillos, ser expulsado de la escuela, tener problemas de disciplina en la escuela, peleas, mentiras, vandalismo, arrestos y vagabundeo. Este estudio demuestra además, que cuantas más conductas alteradas se asocian en un mismo sujeto, más posibilidades existen para un posterior abuso de sustancias, Robins & McEvoy, 1990 (156). También hay estudios conducentes a relacionar el uso de sustancias en la adolescencia con la necesidad de evadirse de sus trastornos de personalidad y sus problemas emocionales, Proskauer y Rolland 1973 (149), Khantzian y Khantzian, 1984 (94). Junto al consumidor caracteriológico y depresivo, se encontraría, según los tipos de Proskauer y Rolland (149), el consumidor "experimentador". En éste el consumo de drogas se justifica por la novedad; generalmente se llega al consumo por presiones de los amigos, por deseos de independencia, como expresión de libertad frente a las demandas y control de los padres y por mera curiosidad. Esta actitud se inscribe dentro de la tendencia de la juventud por conseguir una imagen distinta de la generación precedente.

En la actualidad los patrones de consumo y adicción entre los jóvenes son como sigue: Se comienza con el tabaco y alcohol en la preadolescencia y adolescencia temprana, en esta época el consumo de drogas correlaciona significativamente con una orientación menor hacia lo académico, poca conformidad con las normas sociales, un mayor malestar emocional, posteriormente, se comienza a abusar de otras drogas "ilícitas" y se comienza con comportamientos antisociales, mayor malestar emocional, menor soporte

social, menor autoaceptación y depreciación de sí mismo. La tendencia en la adolescencia tardía y la juventud es hacia una polidrocomanía.

II.2.2.5 Trastornos por déficit de atención.

Tanto el DSM-III como la CIE-9 separan los trastornos por déficit de atención y los síndromes hiperquinéticos, el DSM-III hace más hincapié en el déficit de atención la CIE-9 en el síndrome hiperquinético, de los otros problemas de conducta, aunque este diagnóstico se solapa en algunas ocasiones con los de trastornos de conducta, como se observa en estudios de fiabilidad de los diagnósticos del DSM-III, Costello y al., 1984 (39). Incluso el DSM-III reconoce que "muchos casos de trastornos de conducta tienen signos de impulsividad, inatención e hiperactividad. El diagnóstico adicional de trastorno por déficit de atención es necesario", DSM-III, 1980, (8).

En nuestra muestra este diagnóstico representa el 6.187% del total en el año 1989 y el 0.877% en el 1955.

Las características en ambos años son las siguientes, Tabla XXIX:

En el 1989 los trastornos asociados son: dentro de los psiquiátricos, trastorno de conducta, trastornos específicos del desarrollo, enuresis, encopresis, dentro de los orgánicos epilepsia simple, s. de West y dentro de los socio-familiares, conflictiva familiar y sobreprotección familiar. Los derivantes más importantes fueron: el propio Hospital a través de la interconsulta, la familia y la escuela.

Los motivos de consulta: dificultades escolares, p. de conducta en la familia y en el colegio, p. somáticos, preocupación familiar acerca de un posible t. psiquiátrico, estudio de inteligencia, p. madurativos.

Los síntomas: inquietud, distraibilidad, falta de atención, retraso escolar, rabietas, retraso de

lecto-escritura, agresividad, impulsividad, inmadurez, encoyprsis, enuresis.

Los datos personales son: la edad media es de 7.31 años, $\sigma = 2.59$, el sexo masculino está más representado en una proporción (V/M= 6/1). Los estudios son: E.G.B., guardería, educación especial y preescolar.

Los antecedentes patológicos son: problemas neonatales, convulsiones en la infancia, hospitalizaciones, operaciones, problemas de conducta, retrasos en el control de esfínteres, problemas de sueño, problemas de alimentación, epilepsia, dificultades vinculares.

Los datos socio-familiares en este año, la edad de los padres: padre 38.1 a., $\sigma = 5.86$; madre 34.6 a., $\sigma = 5.98$, el tipo de familia, nuclear, madre soltera, separados, adoptado, vive con otros familiares. El número medio de hermanos fue de 2 y el lugar, menor, mayor y único. La procedencia es en su mayor parte urbana seguida de semiurbana. El nivel socio-cultural es medio-bajo, bajo, medio y medio/alto.

Los antecedentes patológicos familiares fueron en los parientes de 1º grado: problemas psiquiátricos leves, epilepsia y retraso mental, entre los de 2º grado: epilepsia y retraso mental.

Los exámenes más frecuentemente efectuados fueron, exámenes de inteligencia, pruebas neurofisiológicas, interconsultas a otros servicios, cuestionarios a profesores y EEG.

En el año 1955 sólo se diagnosticó un caso de t. por déficit de atención siendo sus características:

No se asocia con ningún otro tipo de trastorno. El derivante es un Servicio del Hospital y el motivo de consulta es descartar un problema psiquiátrico. Los síntomas fueron: retraso escolar, p. de conducta: inquietud, caprichos, insociabilidad, baja tolerancia al cambio y a la frustración. Los datos personales de

este caso fueron: edad 6 años. el sexo varón, los estudios primarios. Los antecedentes patológicos fueron problemas de sueño en la primera infancia y problemas de apego.

Los datos socio-familiares que constan son el tipo de familia que es nuclear y la procedencia que es rural. Tiene un familiar de segundo grado que es epiléptico.

Los exámenes efectuados son petición de informes e interconsultas.

Los motivos por los que el t. por déficit de atención con o sin hiperactividad es más diagnosticado en el año 1989 respecto del 1955 de una forma significativa ($\chi^2 = 4.68$, G.L. = 1, $p < 0.03$), son, que muchas inquietudes y distraibilidades son englobadas dentro del diagnóstico más frecuente de retraso mental en alguna de sus formas o dentro de los problemas de conducta con los que se solapa. El t. por déficit de atención se detecta en el colegio y tiene como resultado un retraso escolar, en el 1955 se observa un, comparativamente, menor interés por los rendimientos académicos del niño lo que hace que se consulte menos por problemas académicos derivados de una distraibilidad excesiva, la cual se consideraba un problema exclusivamente pedagógico y no se pensaba recurrir por ello al médico, ni mucho menos al psiquiatra.

II.2.2.6 Trastornos emocionales.

En Psiquiatría del adulto es tradicional diferenciar, dentro de los trastornos emocionales, los siguientes: estados ansiosos, depresión, histeria, trastorno obsesivo-compulsivo, englobados todos ellos en el término común de neurosis. Cuando se empezó a pensar en una clasificación de los problemas psiquiátricos en la infancia, conceptualizar la neurosis no parecía, en principio, problemático, sobre todo desde el punto de vista del paradigma psicodinámico, puesto que, ¿no era la neurosis del adulto ni más ni menos

que una "neurosis" infantil no resuelta? Sin embargo desde el principio hubo un problema de nomenclatura porque los mismos síndromes eran denominados unas veces neurosis, otras psicopatías o trastornos de personalidad y otras, con un título más querido de la Pediatría que de la Psiquiatría neuropatía, con claras reminiscencias constitucionalistas. Cuando no se los quería etiquetar a estos niños con un diagnóstico "adultomórfico" se utilizaron apelativos tales como: "niño difícil", "niño perverso", o "reacción etismática" Mendiguchía, 1980 (126). Así se utilizaban indistintamente dichas denominaciones para los mismos cuadros clínicos. De tal manera que un autor como Benjamín 1947, podía decir: "rehusamos reconocer las neurosis (infantiles) como unidad patológica especial". Este autor englobaba a las neurosis con las psicopatías y las neuropatías y las metía dentro del término "niños difíciles". Otro autor Asperger 1972, describe solamente las neuropatías y las psicopatías, incluyendo en estas últimas todas las neurosis y en las primeras, los cuadros psicósomáticos. Homburguer 1938, unifica los tres conceptos bajo el nombre de neurosis (126).

La mayor parte de los trastornos emocionales en los niños presentan unos cuadros clínicos más bien "mezclados" que no les hace encajar fácilmente en las categorías de los adultos. Una prueba de esto es la distribución por sexos de estos problemas. Mientras que en la adolescencia los trastornos emocionales predominan en el sexo femenino, como en los adultos, en la infancia la incidencia por sexos está equiparada, Del Barrio (43); Rutter, 1985 (160).

Los problemas emocionales en la infancia, consecuentemente, pueden incluir cuadros con una sintomatología similar a la de las neurosis adultas: estados ansiosos, depresiones, cuadros obsesivos, fobias, histeria de conversión, hipocondrías, etc., sin

embargo, existen muchos trastornos de las emociones en la infancia que se presentan como indiferenciados, y por lo tanto, no pueden ser fácilmente clasificables dentro de las categorías de neurosis. Esto, unido a la ya mencionada diferente incidencia por sexos y a la discontinuidad de estos cuadros con las neurosis adultas, hace necesaria una diferente categorización de los trastornos emocionales en la infancia. En efecto, resulta útil el agrupamiento en el epígrafe trastornos emocionales peculiares de la infancia y la adolescencia, tal y como hace la CIE-9 con los siguientes subtipos:

- Con ansiedad y miedo.
- Con sentimientos de infelicidad y tristeza.
- Con hipersensibilidad, timidez y retraimiento social.
- Con problemas de relación.
- Problemas indiferenciados.

El DSM-III separa los trastornos de ansiedad de los disociativos. En la infancia, sin embargo, los trastornos emocionales son comparables, en un sentido amplio, en ambas clasificaciones.

Se puede hacer la crítica, Rutter (160), de que en ambas clasificaciones existe una "mezcolanza" en la que se juntan consideraciones etiológicas (reacciones frente a la tensión, adaptativas), de edad (específicas de la infancia) y fenomenológicas (ansiedad, estados disociativos).

Lo mismo ocurre con los trastornos depresivos en la infancia, en los cuales se duda de si las depresiones prepuberales pertenecen al grupo de trastornos afectivos de los adultos. Los casos de niños con síntomas de depresión mayor (síntomas vegetativos, características psicóticas), no plantean problemas en cuanto a su clasificación, pero estos casos no son los más frecuentes. Si lo son por el contrario, las reacciones disfóricas, que casi se continúan con la normalidad Spitzer y col., 1978 (175). La CIE-9

incluye dentro de los trastornos emocionales de la infancia y adolescencia un grupo caracterizado por sentimientos de infelicidad y tristeza junto con dificultades en la alimentación y en el sueño. Dicho trastorno sería un compromiso entre reconocer que los niños pueden tener síntomas depresivos, aunque no de la misma naturaleza que los de los adultos.

En el año 1989 los problemas emocionales representan el 22.524% de todos los trastornos. En el 1955, representan el 7.893%.

En el 1989 ocupan el primer lugar dentro de este apartado los trastornos por ansiedad excesiva 6.435%, seguidos por los de ansiedad de separación 3.712%, a continuación se encuentran las perturbaciones emocionales con infelicidad y tristeza 5.198%, los trastornos evitativos 4.950%, las neurosis 0.990% y los trastornos afectivos 1.237%, Tabla XXX.

En el año 1955, los más frecuentes son las neurosis 2.631%, los trastornos por ansiedad de separación 2.631%, los trastornos por ansiedad excesiva 1.754%, y las perturbaciones emocionales con infelicidad y tristeza 0.877%.

II.2.2.6.1 Trastornos por ansiedad.

En el año 1955 las neurosis son principalmente neurosis histérica 1, neurosis obsesiva 1 y de angustia 1, los diagnósticos asociados son de naturaleza orgánica, epilepsias simples y epilepsias psicomotrices. Los derivantes son, las interconsultas del Hospital y la propia familia. Los motivos de consulta más frecuentes fueron, problemas somáticos, dificultades escolares y problemas de conducta en la familia.

Los síntomas más frecuentes en este año fueron, conductas inmaduras, retraso escolar, inquietud motriz, obsesiones y tendencia al excesivo orden, cuadros confusionales y pseudoalucinatorios, quejas somáticas, comportamientos sexuales. La edad media de los niños que consultaron fue de 11 años, $\sigma = 3.05$,

había predominancia de varones sobre mujeres, y el grado de estudios que predominaban era el de primarios. Sus antecedentes patológicos fueron, epilepsia, problemas de apego con sus familiares, problemas de sueño y de conducta. Los datos socio-familiares fueron: la edad de los padres, falta en la mayoría de las historias. El tipo de familia es predominantemente nuclear, el número de hermanos es de tres, y en cuanto al lugar en la fratría, están representados todos, mayor mediano y menor. Proceden de zonas urbanas y semiurbanas y el nivel social es medio-bajo, bajo. Los antecedentes patológicos familiares son: alcoholismo en el padre, problemas leves en la madre y psicosis, neurosis, alcoholismo y retraso mental en los familiares de 2º grado. Los exámenes efectuados son: sistemáticos de sangre y orina, EEG y pruebas de inteligencia.

En el año 1989, las neurosis son: de angustia 1, fóbicas 1, obsesivo-compulsivas 2. Algunas características son similares a las del año 1955, sin embargo en otras difieren. Así por ejemplo, los diagnósticos asociados son predominantemente socio-familiares, padres sobreprotectores, rígidos y autoritarios. En los motivos de consulta predominan los problemas psíquicos emocionales y los somáticos. Los síntomas son: rituales, obsesiones, tendencia al orden exagerado, fobias, somatizaciones, crisis ansiosas, timidez, retraimiento, hipocondría, aprensión, somatizaciones y tristeza. La edad media es de 11 años, $\sigma = 1.00$. Están representados por igual ambos sexos. Los antecedentes patológicos son: problemas emocionales, psico-somáticos y hospitalizaciones previas. El nivel social es algo más variado que en el 1955, medio-medio, medio-bajo y bajo. Entre los antecedentes familiares destacan: enfermedades somáticas graves en los padres, problemas leves y neurosis. Los exámenes fueron, pruebas proyectivas, de inteligencia, y neuropsicoló-

gicas.

Agrupando a los otros trastornos de ansiedad (ansiedad excesiva, ansiedad de separación y trastorno por evitación). Analizaremos a continuación las características que presentaron estos cuadros en ambos años.

En el año 1955 sólo aparecen trastornos por ansiedad de separación 2.631% y por ansiedad excesiva 1.754%. Sus características fueron:

En este año, el diagnóstico psiquiátrico asociado con mayor frecuencia fue la enuresis, los diagnósticos orgánicos fueron, epilepsia simple y psicomotriz y el diagnóstico socio-familiar fue alteraciones de las relaciones afectivas familiares (conflictiva entre algunos de sus miembros, en este caso, hermanos). Los derivantes fueron la propia familia y los motivos de consulta, problemas somáticos y la preocupación de la familia acerca de que el niño padeciese un problema psíquico. Los síntomas que presentaron fueron principalmente problemas de tipo ansioso: miedos, preocupaciones, aprensión, crisis ansiosas, pesadillas, somatizaciones e insomnio.

Los datos personales en este año fueron: la edad media 5.8 años, $\sigma = 3.40$, afectó por igual a varones que a mujeres. el nivel de estudios fue primario y sin escolarizar. Los antecedentes patológicos fueron: problemas emocionales, neonatales y convulsiones.

Los datos socio-familiares fueron: la edad de los padres fue de 40 años el padre, $\sigma = 14.14$; 39 años la madre, $\sigma = 12.72$. El tipo de familia fue nuclear, el tamaño fue de 3 hermanos, como media, y el lugar ocupado fue con frecuencia el de hijo único. La procedencia fue urbana y semiurbana. El nivel socio-económico fue, medio-bajo y bajo.

Los antecedentes patológicos familiares fueron: problemas leves, alcoholismo y epilepsia.

Los exámenes efectuados fueron: médicos, petición

de informes, análisis sistemáticos y EEG. y psicológicos, pruebas de inteligencia y pruebas proyectivas.

En el año 1989 además de una mayor incidencia de problemas ansiosos, especialmente trastornos evitativos ($\chi^2 = 5.83$, G.L. = 1, $p < 0.001$) y por ansiedad excesiva ($\chi^2 = 3.16$, G.L. = 1, $p < 0.075$), Tabla XXVIII, se observan algunas características diferenciales.

Los diagnósticos psiquiátricos acompañantes fueron: trastornos específicos del desarrollo (lenguaje, articulación y mixtos), tics, terrores nocturnos y enuresis primaria nocturna. Los orgánicos: algunas formas de epilepsia. Los socio-familiares: conflictivas familiares (disputas entre los padres, celos entre los hermanos), exceso de control paterno (sobrepotección, rigidez de normas, autoritarismo).

Los derivantes fueron: el propio Hospital, la familia, médicos de Atención Primaria y servicios sociales. Los motivos de consulta: problemas emocionales, somáticos, dificultades escolares y descartar problemas psiquiátricos.

Los síntomas actuales: miedos, preocupaciones, tímides, retraimiento social, inhibiciones, dificultades de relación con los iguales y con los mayores, crisis de ansiedad, ansiedad de separación, pesadillas, dificultades para conciliar el sueño, somatizaciones, perfeccionismo, excesiva responsabilidad, inseguridad, dislalias, dificultades de escritura, dificultades escolares, inquietud, falta de autonomía, dependencia, pasividad.

En cuanto a los datos personales tenemos: la edad media es de 8.8 años, $\sigma = 3.08$, siendo más jóvenes los que presentan un trastorno por ansiedad de separación, 7 años de media, y más mayores los que presentan un trastorno evitativo, 9 años. En cuanto al sexo, se observa un predominio ligeramente femenino, 5/4, sobre todo en los trastornos de ansiedad excesiva y en los de separación. Los estudios son predominantemente

primarios.

Los antecedentes patológicos fueron: problemas de excesivo apego a la madre, separaciones precoces por hospitalizaciones u operaciones, problemas emocionales, problemas de sueño y de alimentación.

Los datos socio-familiares: la edad media de los padres es de 39 años el padre, $\sigma = 7.18$; 38 años la madre, $\sigma = 5.79$. El tipo de familia es nuclear, con algún caso de separados viviendo con la madre. El número de hermanos es de 2, y según los trastornos predominan los medianos (trs. por ans. excesiva), los mayores (trs. de evitación) y menores (ans. de separación). La procedencia es urbana y el nivel socio-económico de las familias es medio-medio, medio-bajo. Los antecedentes patológicos de los familiares fueron: problemas leves, alcoholismo, neurosis e incluso psicosis en los de primer grado, epilepsia y retrasos mentales en los de segundo.

Las pruebas efectuadas fueron: pruebas de inteligencia, proyectivas, neuropsicológicas y cuestionarios fundamentalmente.

Comentarios:

Comparando los dos años llama la atención la mayor frecuencia de consultas por cuadros ansiosos en el año 1989, esta tendencia, que se observa en otros diagnósticos, no nos debe hacer pensar que en el 1955 no hubiese problemas de ansiedad, de hecho se detectan en la muestra, sino que no se consultaba con tanta asiduidad por ellos. Por lo tanto parece existir una mayor sensibilidad hacia el sufrimiento psíquico del niño en el año 1989 lo que hace que se consulte más por problemas que en otras épocas pasaban desapercibidos o se consideraba que no requerían tanta atención como otros problemas más graves. De hecho los motivos de consulta en el año 1955 son principalmente problemas somáticos (epilepsias sobre todo), y sólo cuando el problema de ansiedad era lo suficientemente grave

como para preocupar a la familia, por pensar que pudiese padecer el niño una enfermedad mental grave, consultaban.

Resulta llamativo el hecho de una relativa mayor incidencia de problemas neuróticos en el 1955 que en el 1989, aunque la diferencia no es significativa, téngase en cuenta que hay un menor número de casos totales en el 1955. Esto nos hace pensar en si se confirman en el caso de los niños las hipótesis acerca de la transformación patoplástica de los cuadros neuróticos que se ha venido observando estos últimos años en los adultos, Alonso-Fernández, 1979, 1981 (6). En resumen, esta teoría afirma que las neurosis, en especial la histeria, debido a cambios sociales (actitudes hacia el cuerpo, la falta de comunicación interpersonal, la interiorización de las experiencias, etc.), se ha transformado en cuadros neuróticos internalizados, cuadros viscerales, hipocondríacos o vegetativos, desapareciendo en su forma clásica (parálisis transitorias, cegueras, etc.).

Sin embargo para otros autores la histeria en la edad infantil, no sólo no ha remitido, sino que ha recobrado importancia, si bien ha sufrido importantes modificaciones semiológicas, presentándose en forma de manifestaciones paroxísticas pseudoepilépticas y cuadros orgánicos transitorios que los ve el pediatra y sólo pasan al psiquiatra cuando se cronifican. También se observan brotes epidémicos de histeria colectiva en el medio escolar Castells Cuixart, 1990 (32). En nuestra muestra del año 1955, el único caso que merecería el nombre de neurosis histérica en un niño cursó con un cuadro disociativo de tipo confuso-alucinatorio. En el 1989 se encontraron algunos niños con "rasgos" histéricos pero no se podría decir que fuesen "neurosis" y estos rasgos se manifestaron clínicamente como somatizaciones (cefaleas, dolores de abdominales y otros cuadros dolorosos) y problemas

conductuales (caprichos, rabietas, manipulaciones).

En nuestra muestra, todo este amplio espectro de problemas de los niños en los que se encontrarían "en un extremo, la simulación, en la mitad del arco, la reacción de conversión y, en el extremo contrario, los problemas psicosomáticos" (32), no olvidemos que el niño es un "gran somatizador", se englobarían en los epígrafes de trastornos somatoformes, factores psicológicos que afectan al estado físico e incluso trastornos ficticios, Tabla XXXI, que serían las formas actuales en la que se suelen manifestar con mayor frecuencia los cuadros histéricos. Estos cuadros han experimentado un gran auge, en el año 1955 aparece un solo caso que representa el 0.877% entre todos los trastornos, mientras que en el 1989 aparecen 29 casos que constituyen el 7.178% de toda la muestra de trastornos en ese año, la diferencia es significativa ($\chi^2 = 5.73$, G.L. = 1, $p < 0.01$). Estos cuadros se dan en niños y niñas, en edades escolares, con una media de 10.6 años, $\sigma = 2.91$, con antecedentes de problemas psicosomáticos, son derivados por el propio Hospital o la familia por presentar molestias físicas, dolores de cabeza y abdominales principalmente, aunque también presentan dolores articulares o de otra naturaleza. Se efectuó en ellos toda una serie de pruebas físicas e interconsultas a otros servicios, sin resultados positivos. A veces se asocian con otros problemas ansiosos o con retrasos específicos mixtos. Los síntomas más frecuentemente encontrados son: somatizaciones, ansiedad, pesadillas y trastornos del sueño, enuresis, tics y algunos problemas de conducta (inquietud y desobediencia). En la familia existen antecedentes de neurosis en los padres y abuelos y hay un elevado porcentaje de disfuncionalidades familiares: padres excesivamente controladores, y conflictiva familiar.



En cuanto a los trastornos de ansiedad, a juzgar por las cifras aportadas por nuestra muestra, sí han aumentado estos últimos años y a ello no es ajeno el hecho señalado por Alonso-Fernández, 1981 (6), de que "la vida actual es angustiosa"....y de que "en estos momentos hay una angustia cósmica que flota sobre nosotros....producto de una sociedad afectada de contaminación ecológica y psicosocial"

II.2.2.6.2 Depresión en la infancia.

Dentro del concepto de depresión en la infancia hemos tenido en cuenta por un lado, las perturbaciones emocionales con sentimientos de infelicidad y tristeza que representan en el año 1989 el 5.198% de todos los trastornos y en el 1955 el 0.877% y por otro, los trastornos afectivos (distimias depresivas, depresión mayor en sus diferentes formas), los cuales representan en el año 1989 el 1.237%, Tabla XXX.

Las características de dichos cuadros son:

Sólo se detectó un cuadro de perturbación emocional con sentimiento de infelicidad y tristeza en el año 1955. Se trata de una niña de 11 años, que es traída por su familia ya que están preocupados por un posible problema psiquiátrico. Aqueja síntomas de tristeza, apatía y por otro lado, de desobediencia y rebeldía. Como antecedentes patológicos, tuvo problemas neonatales (hipoxia por parto prolongado). La familia a la que pertenece es nuclear, procede de zona urbana y es la pequeña de dos hermanos. Destacan entre los antecedentes patológicos familiares: su abuelo es alcohólico, su madre padece una depresión y su padre y abuela tienen problemas leves. Se le efectuaron pruebas orgánicas.

En el año 1989 son más numerosos los casos con este trastorno, analizando sus características tenemos:

Los diagnósticos asociados son variados, en cuanto a los psiquiátricos, hay retrasos específicos

del desarrollo, del lenguaje, de la lectura y mixtos, enuresis primaria nocturna y encopresis. Los diagnósticos orgánicos son: epilepsia simple y artritis reumatoide juvenil. Los socio-familiares fueron: conflictiva en las relaciones familiares, el más frecuente, seguido de malos tratos consistentes en deficiencias en el control paterno, privación de experiencias sociales y carencias materiales, también se encuentran familias excesivamente protectoras. Los derivantes fueron en su mayoría los propios servicios del Hospital, además de los médicos de atención primaria y las familias. Los motivos de consulta fueron: problemas psíquicos y emocionales, dificultades escolares, problemas somáticos, problemas de conducta en la familia y preocupación por descartar un problema psiquiátrico. Los síntomas que presentaron fueron: tristeza y sentimientos de infelicidad, dificultades escolares, retraimiento social, falta de atención, miedos y fobias, apatía, baja autoestima, somatizaciones, labilidad emocional, inquietud motriz, falta de apetito, pesadillas y problemas de conducta (robos en casa e impulsividad), enuresis y encopresis.

Los datos personales fueron: La edad media fue de 10.75 años, $\sigma = 2.79$, en cuanto al sexo, hay una relación 1/1 entre varones y mujeres. Los estudios son básicos en su mayoría aunque alguno cursa bachillerato.

Los antecedentes patológicos fueron: problemas emocionales, problemas neonatales, hospitalizaciones y operaciones, problemas de apego (ansiedad de separación), epilepsia, problemas de alimentación y de sueño, enfermedades importantes, convulsiones esporádicas, problemas psicósomáticos y retrasos en el desarrollo psicomotriz.

Los datos socio-familiares fueron: la edad de los padres fue de 33 años el padre, $\sigma = 5.34$; y 30 años la madre, $\sigma = 6.56$. El tipo de familia fue predominante-

mente nuclear, con representaciones de padres separados y conviviendo con la madre, familias amplias, madre soltera y fallecimiento del padre. El número de hermanos fue de 3, y el lugar ocupado en la fratría fue el mayor, seguido del medio, y más alejado el menor. La procedencia fue urbana y semiurbana. El nivel social, medio-bajo, medio-medio y bajo.

Los antecedentes patológicos familiares fueron: alcoholismo y depresiones por parte de los abuelos, depresiones y enfermedades invalidantes por parte de las abuelas, depresiones, alcoholismo, enfermedades somáticas graves, neurosis, problemas leves por parte del padre, depresiones y problemas leves por parte de la madre; epilepsia, suicidio y retraso mental por parte de los familiares de 2º grado.

Los exámenes efectuados fueron: pruebas de inteligencia, proyectivas, gráficas, neuropsicológicas y algunas interconsultas.

Los trastornos afectivos semejantes a los de los adultos no se encuentran en el año 1955, sí, en número menor en el 1989 con las siguientes características:

Los diagnósticos que se encontraron fueron: depresión mayor episodio único, 2; recurrente, 2; trastorno distímico, 1.

Los diagnósticos asociados psiquiátricos fueron: trastornos específicos del desarrollo y anorexia nerviosa.

Los derivantes son el propio hospital y la familia. Los motivos: problemas psíquicos emocionales, dificultades escolares y problemas somáticos.

Los síntomas: estado de ánimo depresivo, inhibición motriz, apatía, pérdida de apetito, ánimo disfórico, inquietud motriz, aislamiento social y bajo rendimiento escolar.

Los datos personales fueron: La edad fue de 10.75 años, $\sigma = 3.67$, el sexo tiene una relación 1/1 varones/mujeres, los estudios son primarios y formación

profesional.

Los antecedentes patológicos: problemas del nacimiento, problemas emocionales, hospitalizaciones y operaciones, trastornos psicósomáticos, problemas de alimentación, problemas de apego (ansiedad de separación principalmente).

Los datos socio-familiares: la edad de los padres, 41 años, $\sigma = 5.70$; y 38 años, $\sigma = 6.34$, padres y madres respectivamente, el tipo de familia es nuclear y separados viviendo con la madre, el número de hermanos 2 y el lugar preferentemente primogénito y después único y mediano. La procedencia es urbana y semiurbana. El nivel social es medio-bajo y medio-medio.

Los antecedentes patológicos familiares fueron: depresiones en los abuelos, en la madre y en algún familiar de 2º grado.

Las pruebas realizadas fueron: gráficas, proyectivas, neuropsicológicas y de inteligencia.

Comentarios:

Llama la atención la desproporción de problemas depresivos detectados en el 1989 y en el 1955, lo cual es significativo ($\chi^2 = 2.12$, G.L. = 1, $p < 0.05$), y puede obedecer al hecho de que a partir de los años 70 se ha mostrado un mayor interés en la detección estudio y tratamiento de la depresión en los niños por parte de los profesionales de salud mental, y esto por dos motivos, uno, por su posible substrato biológico, tal y como se demuestra en ciertas depresiones de los adultos Puig-Antich, 1986 (150), y otro, por el interesante campo que abre la psicopatología del desarrollo, uno de cuyos intereses de estudio es la continuidad o no en la edad adulta de los problemas psiquiátricos de los niños Quinton, Rutter, Gulliver, 1990 (153).

Hay una gran diversidad de síntomas que no se asemejan a los de la depresión de los adultos: proble-

mas de conducta, de control de esfínteres, distraibilidad, ansiedades y miedos y dificultades en el rendimiento escolar, explicables por el momento evolutivo del sujeto, como bien señala Alonso-Fernández, 1988 (6), "Hoy, al estudiar la depresión en la infancia resulta muy cabal partir de la premisa de que el síndrome depresivo tiene en las distintas edades un origen común y una patogenia similar, con variaciones importantes en el cuadro clínico, dictadas en gran parte por el estadio evolutivo del sujeto correspondiente a su edad cronológica".

La distribución por sexo de la depresión en los niños es diferente a la de los adultos, predominancia del sexo femenino en una proporción doble, aquí se presenta con igual frecuencia entre varones y mujeres. Este es un hallazgo que en algunos estudios epidemiológicos se ha hecho notar, por ejemplo, Polaino-Lorente, Doménech LLaberia, 1988 (148), estudiando una muestra de 6.432 niños en edad escolar distribuidos por todo el territorio nacional, llegan a la conclusión de que "En modo alguno puede afirmarse que la tasa de depresión es mayor en las niñas que en los niños". Según estos autores esta diferencia sería debida a "factores socioculturales y educativos que modelan comportamientos y estilos de vida más próximos, en frecuencia de uso y en significación, a lo que posteriormente se formalizarán como criterios sintomáticos.... y de que la mayor incidencia de real de depresión en la mujer adulta que en el varón sea tributaria de modelos de aprendizaje y de condicionamientos psicoevolutivos fuertemente implantados en la temprana infancia y con firmeza sostenida su amplia circulación en nuestra cultura actual."

Juegan un importantísimo papel los factores ambientales, a saber: factores familiares y pautas educativas anómalas (conflictiva familiar, separación de los padres, malos tratos, rigidez paterna y educa-

ción punitiva, carencias afectivas), separaciones precoces por hospitalizaciones o enfermedades de los padres, y genéticos, presencia de enfermedad afectiva y alcoholismo entre los familiares de primer grado. Factores todos ellos que se dan en nuestra muestra y que inciden en la aparición de depresiones en la infancia, Maña Zafra, 1989 (118).

Esto también ha sido señalado en el estudio epidemiológico citado (148), donde se pone de manifiesto una mayor frecuencia de síndromes depresivos en los niños que viven separados de sus padres por diversas causas, entre ellas por separación conyugal, mucho mayor incluso que en el caso de muerte de uno de los padres, por lo cual estos investigadores concluyen que "la separación conyugal es un factor significativamente implicado con la aparición de síndromes depresivos en la infancia."

Hay una relación entre rendimiento y satisfacción escolar y problemas afectivos, aunque no se sabe bien que precede a que. Es posible que la depresión preceda a muchos fracasos escolares, pero también es posible que muchos fracasos escolares contribuyan como factores causales a la aparición de un cuadro depresivo. En nuestra muestra hemos visto que uno de los motivos de consulta más frecuentes, a la par que con los síntomas emocionales, es el de dificultades académicas, y que uno de los síntomas más frecuentes unidos a las alteraciones del ánimo son los fracasos escolares. En el estudio epidemiológico citado de Polaino y cols. (148), se encuentran unas relaciones altamente significativas entre la repetición del curso escolar y los problemas afectivos.

El aumento de depresión en la infancia no es ajena al hecho social observado por Alonso-Fernández (6) de que "el factor más depresivógeno sería la soledad, frente a otros sentimientos como la tristeza y la desesperanza. La prevalencia de la depresión se

ha duplicado, como mínimo, en los treinta últimos años y no es exagerado apuntar dos millones de enfermos deprimidos en nuestro país."

II.2.2.7 Trastornos de alimentación.

Los trastornos de alimentación, anorexia nerviosa y bulimia especialmente, son otros de los diagnósticos que han experimentado un aumento en nuestra muestra. En efecto, en el año 1955 no se diagnóstico ningún trastorno de alimentación como tal, aunque hubo casos de anorexia y bulimia, como síntomas dentro de otros trastornos, no se podían diagnosticar de trastornos de alimentación. Sin embargo en el año 1989, constituyen el 1.732% de todos los trastornos vistos en ese año, Tabla XXXII, la diferencia es significativa ($\chi^2 = 2.40$, G.L. = 1, $p < 0.05$). Lo constituyen principalmente 5 anorexias nerviosas, 1 bulimia y 1 trastorno atípico de la conducta alimenticia.

Las características de estos cuadros en este año fueron:

Los diagnósticos asociados psiquiátricos, trastorno de ansiedad excesiva, trastorno afectivo mayor, trastorno de conducta socializado no agresivo. Los diagnósticos asociados socio-familiares, exceso de control paterno. Por último, los diagnósticos orgánicos, obesidad, en un caso.

Los derivantes fueron: el propio hospital, la familia y médicos de Atención Primaria y por primera vez en nuestra muestra, un adolescente consulta a petición propia. Los motivos de consulta fueron: problemas somáticos (delgadez, obesidad, amenorrea, etc.), problemas psíquicos y emocionales, problemas de conducta en la familia y una preocupación por parte de la familia acerca de un problema psiquiátrico.

Los síntomas consistieron en: anorexia, bulimia, tristeza, labilidad emocional, apatía, inquietud motriz, obsesividad, ansiedad, pesadillas.

En cuanto a los datos personales: la edad media

de consulta fue de 13 años, $\sigma = 2.02$, el sexo fue predominantemente femenino 3/1, y los estudios, primarios, bachillerato y formación profesional.

Los antecedentes patológicos más frecuentes: problemas de alimentación, problemas emocionales, problemas psicosomáticos, problemas de conducta, problemas de apego y separación por hospitalizaciones.

Los datos socio-familiares: La edad media de los padres, 42 años, $\sigma = 5.89$, y 32 años, $\sigma = 4.78$. El tipo de familia es nuclear y amplia. El tamaño, 3 hermanos, y el orden predominantemente mayor, seguido de menor. La procedencia, urbana y semiurbana y el nivel social, medio-medio, medio-bajo, bajo.

Los antecedentes patológicos psiquiátricos: neurosis en padre y leves en los de 1º grado.

Los exámenes efectuados: pruebas proyectivas, cuestionarios padres, petición de informes e interconsultas. Las diferencias en cuanto a la presentación de los diferentes diagnósticos se plasman en el Gráfico VI.

**III. EVOLUCION
SOCIO-FAMILIAR
Y TRANSHISTORICA**

III Evolución de la sociedad española estos últimos treinta años y su repercusión en la Salud Mental Infanto-juvenil.

III.1 Evolución de la sociedad española: aspectos socio-demográficos.

Analizaremos la evolución que ha tenido la sociedad española en estos últimos treinta años, al mismo tiempo que consideraremos cómo ha influido esta evolución en la estructura y problemática de la familia y en la psicopatología del niño.

A finales de los años 50 se inicia el proceso de desarrollo en España, esto es, el tránsito acelerado de una sociedad agraria a otra más moderna, urbana e industrializada. Los años 50 ven el término de la larga depresión económica. El país entra en una nueva etapa de desarrollo industrial que acelera la despoblación rural e impulsa la concentración urbana. En esta época tiene lugar el fenómeno de la "migración interior", el cual según J. G. Abad, citado por Serigó Segarra (171) "ha sido consecuencia del bajo nivel de vida de las áreas rurales: eventualidad del trabajo, deficiencia de servicios educativos, sanitarios, recreativos, etc.". Esta emigración se extendió hasta los años 65 y jugó un papel importante en el aumento de la morbilidad psiquiátrica por producir inadaptación, desarraigo, desintegración familiar y aculturación. Según J. De La Cueva, citado por Serigó Segarra (171), "el proceso de cambio social (industrialización, crecimiento económico, emigración del campo a las ciudades), produce desorganización social en el campo y en las ciudades, hace pagar a las personas unos costos económicos, sociales y psicológicos, muy altos, excesivos y muestra una amplia gama de desajustes, de estrangulamientos, de tensiones, de dificultades, de inadaptaciones y de malformaciones."

La patología no sólo vino por el desarraigo sino también por la necesidad de adaptación por parte de los trabajadores a sus nuevas condiciones laborales:

primacía de la productividad, el trabajo a tiempo fijo, etc., factores que ejercían un efecto de "alienación" y "maquinismo" y suponían un choque con sus anteriores condiciones de trabajo.

Este aumento de morbilidad se reflejó en un incremento de camas psiquiátricas en los hospitales de las grandes ciudades, y en un aumento ostensible en el consumo de psicofármacos, González Duro, 1980 (67). Quizás no toda la culpa de esta situación la tenga el desarraigo y la industrialización, es posible que muchas de estas personas viniesen con una patología previa de sus lugares de origen, o que al residir en las grandes ciudades tuviesen un más fácil acceso a los centros de tratamiento que en las zonas rurales, de cualquier manera, en esas fechas aumentó la patología psiquiátrica en la población de las ciudades.

La patología psiquiátrica de familiares adultos, como ya hemos tenido ocasión de describir, influye en la salud mental de los niños, y en el año 1955 se ve una elevada incidencia de alcoholismo, neurosis, nerviosismo y problemas de carácter entre los familiares de 1º grado de los pacientes. De todas formas, no tenemos estadísticas ni informes acerca de como repercutió este aumento de la morbilidad psiquiátrica en los hijos de los padres que directamente o indirectamente sufrieron las consecuencias de la guerra por una parte y el desarraigo de sus lugares de origen debido a la migración interior por otra. Es posible que les afectase mucho y que no fuese detectado su sufrimiento por tener las familias una sensibilidad y actitudes diferentes a las actuales acerca del enfermar psíquico del niño.

También ha habido cambios sustanciales en cuanto a la situación económica de las familias debido al crecimiento económico del país que se comenzó a experimentar a partir de la mitad del decenio de los años 60. Anteriormente, la función de sostén de la

familia la ejercía el padre y su situación económica determinaba la posición social de la misma. Ahora, se observa el fenómeno de que el padre comparte con la madre esta función, esta es otra forma de constatar que la mujer accedió al mundo laboral, cambiando su papel social tradicional. Este cambio ha repercutido en la crianza y educación de los hijos, en el sentido de que la madre trabajadora inevitablemente les dedica menos tiempo, y por otro en que los niños han de pasar cierto tiempo en "manos" de extraños, guarderías, "chicas contratadas", otros familiares, abuelas, tías, etc. A la vista de estos cambios la pregunta que se puede hacer es: ¿Hasta que punto esta nueva situación ha repercutido en la salud mental y en el desarrollo de los niños de los años 70 y 80?. Esta es una pregunta difícil de contestar, Hay quien piensa que la relación vincular madre-hijo se resiente, otros por el contrario piensan que las relaciones se intensifican en calidad y la madre acoge al hijo en mejores condiciones por estar más "realizada" personalmente al ejercer un trabajo fuera de casa. Los estudios son contradictorios, algunos como el de Blehar, realizado en 1978 con niños de guarderías parecía apuntar a un tipo de vínculo con sus madres ansioso e inseguro en niños de 2 a 4 años. Otros no han dado los mismos resultados, Rutter, 1981 (160), en una revisión del tema llega a la siguiente conclusión "Los niños de guardería tienden a tener menos temores ante situaciones nuevas, son más sociables hacia los de su misma edad, son más asertivos y tienen una tolerancia a la frustración más baja, no hay evidencia de una tendencia a padecer enfermedades psiquiátricas."

De nuestra muestra se sacan las siguientes conclusiones: En el año 1989, la mayor parte de las mujeres, 71.428% siguen siendo amas de casa, pero se observa una mayor incorporación de la mujer al mundo laboral en forma de obreras sin cualificar 7.96%,

empleadas de hogar etc., obreras cualificadas 7.4%, empleadas 5.5%, profesionales liberales y funcionarias 4.2%. Lo cual demuestra que la mujer de la clase predominante en nuestra muestra, media-media, media-baja, todavía no ha alcanzado un nivel laboral demasiado cualificado como para poder "realizarse" fuera de casa, y que si trabaja es para aumentar los ingresos familiares, probablemente no por gusto.

En cuanto a las guarderías, el número de niños que asisten a ellas experimentó un ascenso con respecto al año anterior 5.95%. Al ser una muestra de niños con problemas psiquiátricos, no se deben sacar conclusiones acerca del papel del "maternaje sustituto" en la génesis o mantenimiento de su patología. Los problemas que presentan estos niños están muy de acuerdo con la etapa madurativa por la que pasan y son: trastornos específicos del desarrollo (del lenguaje, de la articulación, torpeza motriz, mixtos), enuresis, encopresis, trastornos de conducta, negativismos, emocionales (adaptativos, ansiosos y depresivos, por evitación). En ninguna historia se dice que el factor estresante sea la entrada en la guardería e incluso en alguno de ellos la guardería se aconseja como un medio más para solucionar su problema.

La situación económica también cambió hacia una mejora de ingresos familiares, y en los años 70 la familia entró de lleno en la sociedad consumista.

III.2 Cambios en la estructura y dinámica familiar.

Estos cambios sociales también repercutieron de manera decisiva en la estructura y en la dinámica familiar y trajeron consigo una serie de cambios con respecto al tipo de familia anterior.

La familia española ha experimentado unos profundos cambios estos últimos treinta y cuatro años, no sólo en cuanto a su composición y estructura, sino también en cuanto a los papeles asignados a cada uno

de los miembros que la forman.

Ya de por sí, el proceso de industrialización en cualquier época, ha puesto siempre en crisis los valores tradicionales de la familia al hacerlos entrar en pugna con los valores de la sociedad industrial: mayor igualdad, libre intercambio de mercado, racionalidad, etc.

En el caso de las familias de origen agrícola, que eran la mayor parte de las que emigraron se observaron algunos cambios. Entre ellos, por ejemplo, debilitamiento de la autoridad en las familias. En las familias agrícolas el poder lo detentaban las figuras de más edad: padres y abuelos principalmente, era una estructura familiar patriarcal. Estos transmitían los conocimientos necesarios y útiles para desarrollar las tareas y oficios en la comunidad. En la sociedad industrial, los hijos podían acceder más pronto al mundo laboral incluso que sus padres, esto, les proporcionaba una independencia respecto de su familia. Los oficios ya no tienen que ver con las tradiciones familiares y con la transmisión del saber de una generación a la otra, debido a lo cual, el papel de los ancianos queda mermado y su figura desvalorizada, quedando reducidos a cuidar de los más pequeños mientras los padres trabajan. Al perderse el trabajo o negocio familiar, aumenta la separación física entre los miembros de la familia, el trabajo de los padres está lejos del hogar familiar, debido a lo cual pueden estar menos con los hijos y la comunicación se resiente.

La mujer se incorpora también al mundo del trabajo, con lo cual las relaciones de pareja sufren un cambio profundo, en el sentido de una mayor igualdad con respecto del marido, y en el de una dedicación menos exclusiva a la crianza de los hijos.

Las condiciones físicas también cambian, existe más hacinamiento, debido al encarecimiento de las

viviendas y a la especulación del suelo. Esto hace que convivan muchos miembros de la familia en la misma casa y aunque la familia tradicional era una familia amplia (convivían varias generaciones más los sirvientes), ahora es una familia "hacinada", en la que sus miembros han perdido su función tradicional.

Las funciones educativas también cambiaron, en la familia tradicional existía una especialización por sexos en cuanto a las tareas, las madres y abuelas se ocupaban de los niños pequeños, enseñándoles a hablar y a andar así como las tradiciones orales locales, los padres y abuelos de los más mayorcitos, enseñándoles a trabajar e introduciéndolos en la comunidad. Ahora los niños tienen menos tiempo y posibilidades para aprender de sus progenitores.

Resumiendo, como señala W. Goode, citado por Rodríguez, González y cols., 1986 (157), "La familia perdió sus funciones productivas en favor de la industria, lo mismo que perdió algunas de sus funciones educativas a través de la escuela".

En la actualidad conviven tres generaciones familiares:

La primera generación representa a los matrimonios celebrados con anterioridad a 1965 (más de 20 años de convivencia). Correspondiendo muchos de ellos a los años 40 y 50. Estas familias mantienen unas pautas de comportamiento tradicionales, i.e. autoridad vertical del padre sobre el resto de la familia, clara diferenciación por sexos en la distribución de las tareas, limitada independencia a nivel de actitudes y normas de comportamiento, etc. En comparación con las características de la familia moderna que comienza a aparecer en Europa, i.e. democratización en las relaciones entre esposos e hijos, mayor igualdad y por tanto menos autoridad vertical, entre las relaciones de los esposos el papel de compañeros predomina sobre la función reproductora y de madre, menor división del

trabajo por sexos, incorporación de la mujer al trabajo, mayor independencia de los individuos respecto del grupo familiar, y en general un reparto más equitativo en las responsabilidades familiares. Eran familias numerosas, incentivado esto desde el Estado, 3.56 hijos de media. Las mujeres eran amas de casa, no estaba permitido el divorcio y la separación era impensable, dado el número de hijos y la dependencia económica de la mujer al marido. Los métodos anticonceptivos eran bastante ineficaces e insatisfactorios. Los conflictos en estas parejas son larvados y crónicos, con grandes insatisfacciones conyugales aceptadas con resignación, y donde el papel de la mujer, que estaba lleno de grandes carencias, se desligaba de la pareja, volcándose en los hijos como único horizonte, con la consiguiente frustración cuando estos "volaban".

La segunda generación corresponde a las parejas formadas entre los años 1965-1977 y que actualmente tienen de 35 a 45 años. Estas parejas coincidieron con el "boom" económico de los años 60 en España, y con una tímida apertura política y social. La mujer empieza a incorporarse a la vida laboral.

En cuanto a la sexualidad hay una mayor libertad, se empieza a utilizar la "píldora" como primer anticonceptivo, lo cual le da a la mujer libertad de elección del número de hijos que desea tener. Al mismo tiempo que se empieza a cuestionar el papel de la mujer subordinada al hombre y se proclama la plena igualdad de hecho y de derecho. Se crean una serie de servicios públicos que liberan de ciertas funciones a la familia (guarderías, escolaridad obligatoria, residencias de la tercera edad, de subnormales, etc.).

La tercera generación corresponde a las parejas vinculadas entre 1978 a 1984, van a vivir la restauración de las libertades democráticas, la promulgación de la constitución, la despenalización de los anticon-

ceptivos, la reforma del código civil que permite el divorcio. Comienza la crisis energética y el fenómeno del desempleo, se generaliza el uso de drogas, aumenta la delincuencia y el terrorismo y se empieza a pensar en la familia como un recurso social necesario para hacer frente a una serie de servicios difícilmente costeables por la administración.

Esta generación, es más crítica y "pasa" de los valores de sus mayores. Tiene mayor formación cultural y académica, pero tiene grandes dificultades para acceder a su primer empleo. Muchos jóvenes entre 25 y 30 años carecen de una total independencia económica, lo que condiciona la formación de nuevos matrimonios (157).

Hasta hace 15-20 años, parecía existir una sola estructura familiar. Una estructura monolítica, autárquica, con un fuerte principio de autoridad, representado por el padre y avalado por la misma organización política. Sin embargo la situación ha cambiado en el sentido de una diversificación de ordenaciones familiares, lo cual hace difícil cualquier intento de generalización interpretativa.

El desarrollo tecnológico, la inestabilidad económica y la eclosión de la juventud, han tenido como resultado "quebrar" la columna vertebral de la familia tradicional española, basada en la autoridad del padre. Los padres actuales en parte son los hijos de los años cuarenta, los cuales vivieron en una atmósfera represiva y culpabilizadora, además de vivir una escasez material. Los padres de estos niños, los abuelos de los actuales, eran combatientes de la Guerra Civil Española, traumatizados por este hecho y con una ideología del signo que fuese, dogmática y autoritaria. Sus padres se ocuparon poco de la educación de sus hijos, debido a problemas económicos o afectivos. Además estos hijos, padres hoy, tuvieron que marcharse de sus lugares de origen perdiendo sus

señas de identidad y sus raíces y tuvieron que adaptarse al "tecnologismo" y a la fugacidad. Al tecnologismo por cuanto las cosas materiales antes duraderas "para toda la vida" ahora son objetos de consumo rápido para ser sustituidas por otras. A la fugacidad por cuanto las relaciones afectivas son también pasajeras y poco estables.

Los jóvenes de la generación siguiente, desarrollaron un tipo de personalidad marginal como reacción a la autoritaria de sus padres. Adaptándose mejor al mundo que les ha tocado vivir, sin restricciones ni geográficas ni ideológicas y aceptando de mejor talante la fugacidad e inconsistencia de las cosas materiales y de las relaciones afectivas. La consecuencia de esto es un "abismo generacional" con sus padres traducido en falta de comunicación y conductas alteradas si los padres tratan de que cumplan sus normas.

Los padres de los años 50, tienen características distintas a los anteriores. A éstos les cogió el desarrollo español, una mayor abundancia económica, unos padres más distanciados del trauma de la Guerra Civil; fueron niños más bien mimados, más liberalizados en sus costumbres, pero faltos de profundidad en su personalidad. Estos comprenderían el perfil de lo que se ha llamado la generación "progre", con una ideología revolucionaria, con un fuerte predominio de la duda, la ambigüedad y la ambivalencia. Estos más que los anteriores rompieron los moldes tradicionales de crianza de sus hijos, pero inseguros, se los cedieron a sus abuelos, otros siguieron adelante con el resultado de los que aprendieron fueron ellos de sus hijos más que sus hijos de ellos (36). En otro orden de cosas, se observa el debilitamiento de la familia y la conversión del proceso de identificación con el padre en un episodio psicológico ligero, breve y casi intrascendente. Este hecho, trae como conse-

cuencia un movimiento pendular en cuanto a la autoridad. Del culto a la autoridad en la forma de autoritarismo se ha pasado a una antiautoridad, de forma que el modelo de familia ha pasado a ser un "filiarcado". Esto es debido a un debilitamiento de la imagen de los padres a los que se les considera unos fracasados por no haber realizado sus ideales de una sociedad justa, equitativa y sobre todo acogedora. En lugar de esto los adolescentes se encontraban con una sociedad deshumanizada, burocratizada y artificiosa, creada por las dos generaciones precedentes: la de los abuelos, la cual dispone de los bienes, y la de los padres que dispone de los empleos y del poder, con una mayor esperanza de vida que en épocas pasadas, y "fortificadas" en la maldita seguridad Alonso-Fernández, 1979 (6).

Sin embargo en la década de los 80, los jóvenes lejos de rechazar el poder y el estatus socioeconómico de los padres, han asumido la filosofía de la competitividad, del culto al éxito y del consumismo más feroz. Es la generación de los "yuppies", ejecutivos agresivos, brillantes especuladores bursátiles, amantes del lujo y del poder que da el dinero, sin escrúpulos a la hora de acceder a puestos elevados aún a pesar de sacrificar lealtades y afectos, egoístas, sin más ideales que el provecho propio y su placer. Son más conservadores que las generaciones precedentes, por eso están a gusto en casa de sus progenitores ya que no tienen tantos conflictos con la generación anterior, y porque les resulta más difícil acceder a un puesto de trabajo.

Este debilitamiento de la autoridad que se observa en estos años podría ser uno de los factores que contribuyese, por el ambiente general de crianza descrito como una combinación de frialdad-rechazo o cordialidad aceptación (según los casos) y autonomía permisividad con ausencia de normas, por Becker, 1964

(17) y Schaefer 1959, 1961 (168), al aumento de trastornos de conducta en estos últimos años, tal y como se refleja en nuestra muestra.

Estos profundos cambios en la estructura familiar van acompañados de un fenómeno más frecuente que en el pasado: la separación y el divorcio de los padres.

Este fenómeno de la separación y del divorcio en la familia española, reflejado en nuestra muestra, marca un profundo cambio respecto de la estructura familiar acaecido en las últimas décadas. En nuestro país en el pasado no había tradición de divorcio, pero de unos quince años para acá, las cifras aumentaron espectacularmente y era de esperar que a raíz de la aprobación de la Ley del Divorcio (1980), debido a la mayor facilidad para efectuarlo, las cifras aumentarían todavía más. Sin llegar a la situación de divorcio, se tienen datos de un aumento de la conflictiva familiar. Así S. Del Campo en una encuesta realizada sobre la familia española, encontraba un 43% de la población que conocía al menos un matrimonio con problemas de convivencia, y un 21% tres o más matrimonios (44). Hay numerosos estudios acerca de la influencia de la conflictiva familiar y los hogares rotos en la patología psiquiátrica infantil, se la ha relacionado con conductas delictivas y trastornos del comportamiento en general, Hewitt y Jenkins (81); Jenkins (85); Rutter y Giller, 1983 (160). El divorcio normalmente sigue a una situación de conflictiva familiar crónica y tiene muchas repercusiones: supone una reducción drástica en el nivel de vida de los miembros de la familia, sobre los padres produce desorganización de vida, disminución de los intercambios con los hijos, preocupaciones laborales, exceso de trabajo para subvenir a las nuevas necesidades, problemas emocionales, conflictiva con el otro excónyuge, aislamiento social y alteraciones en las pautas de crianza de los hijos (menos atenciones hacia ellos, plegarse a sus

caprichos, alianzas patológicas, falta de disciplina, irritabilidad y rechazo Hetherington y cols., 1982 (80). En nuestra muestra, aunque sigue siendo predominante la familia nuclear, 87.562%, la sigue en frecuencia la familia de padres separados, viviendo con la madre o habiéndose vuelto a juntar con otra nueva pareja, algo más del 5% en conjunto. También entraría aquí la familia de padres divorciados, vueltos a casar o no. Este fenómeno de la separación y del divorcio en la familia española, reflejado en nuestra muestra, marca un profundo cambio respecto de la estructura familiar acaecido en las últimas décadas. Entre los niños de estas familias predominan los problemas de conducta, adaptativos o no y los emocionales, ansiedad y depresión.

Ultimamente se observa un fenómeno entre los hijos de padres separados y que vuelven a encontrar otra pareja, y es el de una nueva forma de familia amplia, en la que conviven no sólo los hijos de un anterior matrimonio, si los hubiera, sino también los progenitores originales, que siguen teniendo relaciones entre ellos, sin explicárselo al hijo. Esto crea una atmósfera de confusión que en nada beneficia al desarrollo madurativo de los hijos.

Otro fenómeno, no nuevo, pero ultimamente puesto en candelero por una serie de reformas legislativas es el de la adopción o acogimiento familiar. Se ha tratado con estas leyes facilitar a los adoptantes los trámites legales y contemplar más supuestos de acogimiento y adopción, y en cuanto al adoptado preservar sus intereses y necesidades de tipo afectivo. Por medio de sendas normativas: Ley de Servicios Sociales CAM 11/84 y Ley de Adopciones y Acogimientos familiares BOE 21/87, se contemplan entre otras las posibilidades de una tutela o acogimiento "automáticos" por parte de la entidad pública, y darle un carácter público al proceso adoptivo, además se

establecen garantías de las características personales, familiares y sociales del adoptante sean lo más beneficiosas para el adoptado.

En nuestra muestra encontramos en el año 1989 tres casos de niños adoptados, con una edad media de 9 años, dos varones y una chica, con problemas de hiperactividad, de conducta y retrasos específicos de desarrollo mixtos. Los padres adoptivos tenían una edad media de 45 años y su nivel social era respectivamente, medio-alto, medio-bajo y sin recursos económicos, este último, que no estaba legalmente adoptado, tenía además problemas de abandono y carencias económicas importantes, pertenecía a una familia numerosa de siete hermanos y él era el segundo. Otro estaba demasiado protegido por los padres adoptivos, lo cual es una característica de estas familias: El otro niño vivía en un ambiente familiar con disputas frecuentes.

Ya sea debido a la problemática de los padres adoptantes, a las experiencias previas del niño adoptado o a su herencia biológica, el caso es que los niños adoptados presentan más frecuentemente que otros problemas psiquiátricos, del tipo de conductopatías, desadaptaciones sociales, fracaso escolar, problemas emocionales y de personalidad Herscov, 1985 (79).

III.3 Conceptos, ideas y aspiraciones de la sociedad y las familias concernientes al bienestar infantil, su relación con la salud mental.

Así como ha variado la situación socio-demográfica y económica en estos últimos treinta y cuatro años, también han cambiado las actitudes de la sociedad y por ende las de los padres hacia la infancia y sus problemas de salud mental.

Así escribe Kagan (88): "En cada fase del desarrollo del niño hay diferentes problemas que centran la preocupación de los padres y sus actos subsiguientes. Durante el primer año, la irritabilidad, la enfermedad, el insomnio y el excesivo temor al extraño

dominan la conciencia de los padres y orientan su forma de cuidar al niño. Durante el segundo año, cuando se mueve más y es más consciente, sustituye a las antiguas preocupaciones la posibilidad de que se haga daño a sí mismo o a otros, destruya cosas o sea tímido con los compañeros. Hacia el tercer año, ascienden en la jerarquía de las preocupaciones la desobediencia, la agresividad, el aseo incompleto, la incapacidad, jugar cooperativamente con otros y el retraso del desarrollo de las capacidades verbales....la conducta de los padres está dirigida por las consecuencias inevitables del desarrollo del niño.....Cuando el carácter del niño comienza a desviarse de la idea de los padres de cuál debe ser, los padres suelen recurrir a una o más clases de explicaciones: características temperamentales, biológicas, no controlables por los padres, fase inevitable del desarrollo, responsabilidad de ellos, factores ambientales o lo que es menos frecuente mala intención del niño. Los padres más seguros de sí mismos suelen acentuar las desviaciones de sus hijos....los padres amenazados por sus fracasos personales interpretan los problemas de sus hijos como un reflejo de los suyos propios."

Esto es así porque generalmente contemplamos a la infancia y sus problemas con el prisma de nuestras ideas preconcebidas acerca de ella. Así coloreamos a la infancia con nuestras más altas esperanzas:

- La infancia encarna nuestros sentimientos de un nuevo comienzo.

- Es una época de promesas no frustradas.

Lo que es cierto de un modo particular para cada familia, que ve a su hijo como capaz en potencia de vencer sus frustraciones sociales, de realizar sus deseos no cumplidos y sus sueños, lo es también en un sentido histórico o generacional, es decir, cada época o generación ve a la infancia desde el prisma de sus

preocupaciones y motivaciones. Esto generalmente es apoyado o estimulado por una teoría científica acerca de la crianza, del desarrollo evolutivo infantil e incluso del modo de enfermar al niño.

Lloyd deMause, 1982 (47), desarrolla esta idea desde el punto de vista de lo que ella llama Teoría psicogénica, que como ella explica "con arreglo a esta teoría, el supuesto tradicional de la mente como 'tabula rasa' se invierte y es el mundo el que se considera una 'tabula rasa'; cada generación nace en un mundo de objetos carentes de sentido que sólo adquieren su significado si el niño recibe un determinado tipo de crianza. Tan pronto como cambia para un número suficiente de niños el tipo de crianza, todos los libros y objetos del mundo quedan descartados como inútiles para los fines de la nueva generación, y la sociedad empieza a moverse en direcciones imprevisibles."

Esta investigadora describe las siguientes etapas históricas caracterizadas por un tipo predominante de crianza y actitud hacia el niño:

- Infanticidio (Antigüedad - Siglo IV).
- Abandono (Siglos IV - XIII).
- Ambivalencia (Siglos XIV - XVII).
- Intrusión (Siglo XVIII).
- Socialización (Siglo XIX - mediados del XX).
- Ayuda (desde mediados de siglo hasta la actualidad).

Nos interesan en especial los dos últimos períodos: el de socialización y el de ayuda por incidir en los años que estamos considerando.

El período de socialización consistió no tanto en dominar la voluntad del niño o de proyectar sobre él todos los temores del adulto como se hacía en los períodos anteriores, sino en formarle, guiarlo, enseñarle a adaptarse a la sociedad. Este método fue el modelo que inspiró tanto a la escuela psicodinámica

que ponía el énfasis en la "canalización de los impulsos" como al conductista que ponía el énfasis en el "aprendizaje" y la "modificación de las conductas". Este es el modelo del funcionalismo sociológico también. En este período, los hábitos familiares respecto de la crianza del niño comienzan a cambiar: el padre por vez primera comienza a interesarse por el hijo pequeño, que antes estaba reducido casi exclusivamente al ámbito materno, se interesa por su crianza y ocasionalmente ayuda a la madre en los quehaceres que impone el cuidado de los niños.

El período de ayuda supuso un cambio radical en cuanto al concepto de crianza del niño y en cuanto al concepto que se tenía del propio niño. El método de ayuda se basa, según deMause, en "la idea de que el niño sabe mejor que nadie lo que necesita en cada etapa, esto implica la plena participación de ambos padres en el desarrollo de su hijo, esforzándose por empatizar con él y satisfacer sus necesidades peculiares y crecientes." No se trata de crearle hábitos ni de castigarle para que se adapte al mundo de los adultos, se trata, de estar a su disposición para ayudarle a que alcance los objetivos madurativos inscritos en él mismo. Esta autora reconoce que esta manera de actuar "requiere tiempo, energía y diálogo, especialmente durante los primeros seis años, pues ayudar a un niño a alcanzar sus objetivos cotidianos supone responder continuamente a sus necesidades, jugar con él, tolerar sus regresiones, estar a su servicio y no a la inversa, interpretar sus conflictos emocionales y proporcionar los objetos adecuados a sus intereses en evolución". Ni que decir tiene que en este modelo han influido grandemente por parte de la psicología, Freud, Piaget, Wallon y por la pedagogía, Freire, Freinet y Neil.

Esta autora reconoce que en todas las épocas han coexistido todas o casi todas estas formas de crianza,

pero que han predominado unas u otras. En nuestra época parece como si la evolución psicogénica siguiese distintos ritmos en las diferentes familias, puesto que todavía hay padres que matan y utilizan sexualmente a sus hijos. Parece como si algunos padres se hubiesen quedado detenidos en modelos históricos anteriores, también existen diferencias culturales y de clase social.

Al aplicar estas etapas históricas a nuestro país enseguida encontramos que si bien en los años que van desde principios de siglo hasta la década de los treinta se había experimentado un avance hacia la etapa de socialización, recuérdense los intentos de Lafora y Mira por mejorar la condición social de los niños y porque se promulgasen leyes para su beneficio y su educación. En los años posteriores a la guerra se retrocedió hacia una etapa mezcla de abandono, ambivalencia e intrusión. Según Cobo Medina la generación de los años cuarenta fue la generación "neurótica" de la culpa "masturbatoria", de la contradicción interna, de las prohibiciones, de la escasez, del racionamiento, de los padres autoritarios, dogmáticos y violentos, que no se ocupaban de sus hijos en parte por estar demasiado traumatizados por su propia experiencia o demasiado ocupados en encontrar los medios de subsistencia para su familias. Los niños de los cuarenta fueron abandonados y carenciados, en todos ellos quedó la marca de la escasez y la inseguridad.

En los años posteriores, en especial en la década de los 80, el punto de vista del niño es una mezcla de relación de socialización y ayuda. Se piensa que con una oportuna intervención en la infancia por parte de los adultos se pueden evitar las desigualdades sociales y en eso estamos influidos por nuestras ideas igualitarias. Por eso han proliferado programas sociales para mejorar el desarrollo y la salud mental en diferentes etapas de la infancia. Lo que pensamos

de los niños está influido por nuestros valores sociales. Así y sustentados por teorías científicas enfatizamos las competencias en determinadas áreas: intelectual, social, etc. Se enfatiza la cooperación social y las ideas igualitarias más que las ideas autoritarias, se estimula la independencia y la capacidad de decisión más que dependencia excesiva del adulto, la inteligencia abstracta y la resolución de problemas de forma lógica más que la capacidad de simbolización y la fantasía. La psicología del desarrollo imperante en nuestra época no es pasiva, reductora del impulso, sino activa, no es mecanicista ni autoritaria como en décadas anteriores, sino organizadora y permisiva, reconocemos las diferencias sexuales en el cuidado de los niños y animamos a la exploración de una variedad de papeles y opciones en el ambiente parental.

III.4

Cambios Transhistóricos.

También en el terreno clínico se da un fenómeno semejante, i.e. que hay factores sociales y culturales que influyen en la aparición y presentación de ciertos cuadros clínicos, o en la "selección" de una cierta patología sobre otra. Este es el tema de estudio de la Psiquiatría Transhistórica. Que trata de poner en relación, en una misma sociedad y en épocas distintas, los trastornos psíquicos, los conceptos médicos en torno a ellos y los caracteres propios de la cultura del período considerado.

Es como si la sociedad en una época determinada crease o escogiese su propia patología. Así por ejemplo en los años treinta, en plena época socializadora y regeneracionista, se ponía más énfasis en la "degeneración moral" de los enfermos mentales, en los "anormales", los que se salían de la norma, retrasados y delincuentes, que no se adaptaban a la escuela o a la sociedad, este era el paradigma científico y la respuesta consistió en una serie de medidas higieniza-

doras, correctivas y rehabilitadoras. Se podría definir esta sociedad como la sociedad de normas, en la cual se pone el énfasis en los problemas que causa el niño, retrasos, inadaptaciones, etc.

En relación a los cambios transhistóricos de tipo cuantitativo, es decir, los cambios de frecuencia y número de los trastornos mentales en el transcurso del tiempo, encontramos lo siguiente:

En los años 50 se observa un interés por las enfermedades psiquiátricas de los niños, esto se demuestra por los derivantes principales que en el año 55 son las familias, y esto es así, especialmente por las de causa orgánica, ya que en el año 1955 los motivos de consulta son principalmente problemas somáticos, 48.245%, seguidos de retrasos madurativos del desarrollo. El tipo de patología, el retraso mental es el diagnóstico más frecuente en el año 1955, 32.451%, esto quiere decir que existía un interés especial por la subnormalidad en estos años. La situación de los subnormales en esta época debía ser preocupante por su número y por la carencia de recursos preventivos y de tratamiento adecuados. El paradigma médico era también organicista a juzgar por el enfoque exclusivamente médico y psicométrico que desplegaban.

En los años siguientes a juzgar por el aumento del número de consultas anuales, se demuestra que la tendencia de utilización de los recursos en salud mental fue incrementándose con el tiempo a lo largo de los últimos treinta años, (Gráfica I). Esto quiere decir que la sociedad fue considerando importantes otros problemas de salud mental en el niño, no tan graves en cuanto a su desarrollo intelectual y social pero si que podían interferir con las cada vez mayores demandas formativas que exigía la nueva sociedad tecnificada. Es esta nueva situación socio-cultural la que nos hace comprender que en el año 1989, aparezcan

como motivo principal de consulta, las dificultades escolares, 30.445%, expresados fundamentalmente por las familias. Los diagnósticos de retrasos específicos del desarrollo en especial dislexias y disgrafias, que han ido aumentando progresivamente estos últimos años, dan cuenta de este creciente interés por el rendimiento escolar con las expectativas que esto conlleva, así Kagan, 1987 (88), señala "Una realidad importante de la moderna sociedad occidental de clase media es el ser tan elevadas las normas de éxito escolar que muchos niños no pueden satisfacerlas". Aquí hay que señalar que no siempre detrás de un fracaso escolar hay un problema instrumental detectable y que se ha hipertrofiado el concepto de dislexia quizás para encubrir las auténticas causas de este fracaso que tienen que ver con una presión excesiva de las familias en cuanto al rendimiento académico de sus hijos. En este caso se podría hablar de la sociedad de rendimientos, donde se le causa el sufrimiento al niño, en forma de superexigencias académicas.

Esto nos hace plantear un nuevo tipo de patología infanto-juvenil que ha aparecido en la actualidad: los problemas emocionales, ansiedad y depresión. En efecto, los miedos y las fobias, son más numerosas en el año 89, 12.871%, dándose una mayor variedad de conductas ansiosas y en mayor número: ansiedades de separación, ansiedades varias (preocupaciones escolares, acerca de familiares, acerca de enfermedades, etc.) y crisis ansiosas.

No se trata de la ansiedad y los miedos propios del desarrollo evolutivo, sino de un tipo de ansiedad producto de las exigencias a las que se ven sometidos los niños desde su entrada al colegio, son ansiedades y miedos generados por no poder estar a la altura de las circunstancias, en una sociedad cada vez más competitiva, en la que resulta difícil acceder a los estudios o la profesión que les agrada, o para la cual

tienen vocación, esta circunstancia les lleva a una feroz competencia con sus compañeros.

Otras veces son ansiedades que surgen por no poder cumplir las expectativas de los padres, o incluso a veces las ansiedades surgen por miedo al fracaso académico, que se identifica con el fracaso vital que en situaciones extremas llevan a la claudicación en forma de depresión e incluso a actos suicidas. También la constelación depresiva: tristeza, baja autoestima, ánimo disfórico, inhibición motriz e intentos de suicidio, está presente con mayor frecuencia en la actualidad.

Llama la atención el aumento absoluto de intentos de suicidio en el año 85: 7 casos equivalentes a un 1.732% de toda la muestra de ese año, este fenómeno se ha multiplicado por diez en los últimos 10 años en nuestro país, Cobo Medina (36). Los suicidios consumados en adolescentes y en edades escolares han experimentado un aumento los últimos 20 años. Las causas sociales del aumento de este fenómeno hay que buscarlas también en la excesiva presión que ejercen ciertas familias de clase media que tratan de planificar el destino de sus hijos en el orden intelectual. Tienen estas familias la pretensión de convertirlos, como fin prioritario y obligado, en "hombres de provecho", con una carrera profesional, que no indica más que un intento de compensar sus propias frustraciones. Esta situación está agravada por la cualificación intelectual que la sociedad actual exige a sus miembros para poder situarse. En las clases sociales más bajas también se da en parte este fenómeno pues estas clases viven con las expectativas de que sus hijos se liberen de su destino de trabajadores y que se conviertan en profesionales socialmente valorados. A veces ocurre que el niño por incapacidad intelectual o por otras circunstancias académicas o sociales no obtiene los resultados tan "sobresalientes" que piensa debe

obtener para responder a esas exigencias paternas y se siente un fracasado porque sufre su identidad y autoestima, sobre esta base de frustración y temor surge la depresión, y la idea de suicidio se contempla como la única salida. La ideología que subyace a estas expectativas nos haría denominar a esta sociedad como sociedad del bienestar, donde una vez más se le causa sufrimiento al niño.

Otro fenómeno que observamos en estos años es el aumento de problemas de conducta graves. En efecto, en cuanto a los problemas de conducta más graves o delictivos, se observa un aumento absoluto en el año 89 de las conductas francamente delictivas y de la drogadicción, 1.237% en total, con respecto a los otros síntomas. Del estudio de las historias se desprende que los problemas de conducta en los años 80 son más graves y en algunas ocasiones se asocian con la delincuencia y el consumo de drogas.

Las causas que subyacen a este tipo de problemas, conductas delictivas, drogadicción, son de índole sociológica y familiar: las pautas de crianza y educación han cambiado, se observa una mayor permisividad por parte de las familias, quizás como reacción a una educación más autoritaria recibida de parte de sus padres. Estos padres rechazan la educación restrictiva de sus progenitores y se van al otro extremo con sus propios hijos, no les ponen normas y si lo hacen son inconsecuentes y no sustentadas con el ejemplo Cobo Medina (36). También contribuye al aumento de los problemas de conducta en esta época una profunda crisis de los valores éticos y espirituales y una ideología amoral y relativista que diluye y subjetiviza las posturas éticas. Si a esto se une una filosofía de la vida basada en el encumbramiento del individuo y sus necesidades, "egoísmo ilustrado", disfrute del momento presente, hedonismo, el poseer por encima del ser, consumismo, etc. Trae como conse-

cuencia una educación familiar y social sin apenas más normas que el lograr a costa de lo que sea una posición económica desahogada para poder satisfacer sus apetencias. Este tipo de educación predispone a las personas a una inmadurez permanente que les hace guiarse más por el principio del placer que por el de la realidad. La crisis del sistema familiar evidenciada por el aumento de disputas conyugales, separaciones y divorcios no proporciona un ambiente estable y "continente" para la maduración del individuo. Otro factor que influye es la vaciedad de la vida basada sólo en los valores materiales que llevan al joven a salir de su hastío y buscar nuevos estímulos y experiencias. Sería una sociedad anómica y hedonista, donde el sufrimiento se le causa de nuevo al niño, al no ofrecerle unos modelos de identificación válidos, este sufrimiento revierte en la sociedad en forma de problemas delictivos y de drogadicción.

El elevado índice de fracaso escolar, debido a un sistema educativo inspirado por la filosofía del éxito a toda costa y que marginó a los menos dotados, lleva a muchos adolescentes a un sentimiento de fracaso y a sentirse realizados y apreciados practicando en grupo o en solitario delitos o a experimentar con drogas euforizantes.

Por otro lado, las desigualdades económicas, la miseria y la falta de oportunidades hace que los sectores menos favorecidos de la sociedad, ya de por sí más problemáticos, se entreguen a conductas delictivas, entre ellas, el consumo de drogas desde pequeños, en primer lugar por un intento desesperado para olvidar su desgraciada situación y su destino, y por otra, no menos importante, por una ingenua esperanza de que el tráfico de drogas mejorará su situación económica.

Este fenómeno del abuso de sustancias adictivas, ha experimentado un considerable auge los últimos

veinte años, tanto desde el punto de vista cuantitativo: aumento del número de consumidores, como cualitativo: consumo de mayor variedad de sustancias y a edades más tempranas. Vamos a detenernos en la consideración de este fenómeno desde un punto de vista transhistórico.

Lo que empezó siendo un fenómeno contracultural y de rebeldía juvenil en los años 60, según Alonso-Fernández 1979, (6), ha pasado a ser a partir de los años 70 un problema importante de salud pública. El abuso de sustancias en la edad escolar y en la adolescencia ha ido creciendo en la década de los 80. Ya al comienzo de esta década se calculaba en Cataluña que un 2% de los jóvenes de la región consumían algún tipo de droga Vila-Abadal, 1983 (186). En los años 86 y 87, crecieron en proporción alarmante las ventas y el consumo de drogas en el mundo de la enseñanza; (108). Los tipos de drogas, asimismo, se diversificaron, junto al aumento del consumo de las drogas legales, alcohol y tabaco, aumentó el consumo de los inhalantes (colas, pegamentos, quitamanchas), el cannabis, los barbitúricos, las anfetaminas, el LSD, la heroína y la cocaína. Al mismo tiempo, disminuyó la edad de iniciación al consumo de dichas sustancias llegando a una media de trece años. La iniciación, generalmente inducida por los amigos, suele ser al hachís, pasando posteriormente a las anfetaminas, LSD, terminando la "escalada" con la heroína (186), (108). Pasaremos a continuación a analizar las causas de la aparición y mantenimiento de este nuevo fenómeno.

En 1980 se hizo una encuesta por encargo de la Dirección General de la Juventud para saber la motivación que impulsaba a los jóvenes al consumo de drogas, llegándose a las siguientes conclusiones: si bien es cierto que el factor curiosidad o búsqueda de nuevas experiencias es el más importante y se corresponde con las características del período de la adolescencia:

búsqueda de identidad personal y experimentación de todo lo nuevo. También lo es el hecho de que en la época considerada la insatisfacción personal en la juventud y el miedo a entrar con plena responsabilidad a una sociedad que se les presenta como inhumana juega un importante papel, Vila-Abadal (186). Según Alonso-Fernández (6), "el joven se siente golpeado sobre todo por la burocratización técnica de la sociedad, la escasez en comunicación auténtica, la prevalencia de las relaciones competitivas, los sistemas sociopolíticos coercitivos, la atmósfera de hipocresía y el cortejo de datos personales y sociales que integran la "dineroocracia". Al adolescente dadas las anteriores premisas socio-culturales, se le presenta una posibilidad de evadirse con la droga y si a esto se une una inmadurez personal producto de una educación protectora, consumista y permisiva en el seno de las familias, las cuales le han evitado cualquier tipo de "trauma" o responsabilidad y le han proporcionado todo tipo de bienestar material. Tenemos un adolescente incapaz de soportar las frustraciones que pueden provenir de la experiencia académica o laboral, frustraciones que trata de superar con el consumo de drogas. Con estas influencias, el niño entra en la adolescencia desprovisto del dominio de sí mismo, del sentido de los demás y de responsabilidad, si a esto se le une la falta de puntos de referencia espirituales y éticos, pues carece de una escala de valores, ya que los únicos valores que le han transmitido sus padres y la sociedad son el éxito y el provecho material, no pertenece a ningún grupo religioso o social que le de un sentido a su vida. Tenemos pues un adolescente que se crea su propia "realidad" en la droga y en el submundo con ella relacionado. La drogadicción juvenil, no es sino el síntoma de una enfermedad más profunda, una enfermedad social, que como expresa el profesor A. López Quintós "la tragedia de la droga es

una de esas señales de alarma que emite la sociedad cuando se halla en extremo peligro. Algo va mal, algo está mal encauzado en el dinamismo de la vida contemporánea" (108).

En cuanto al consumo alcohólico entre los jóvenes, se da en estos años un aumento con respecto a hace treinta años.

En efecto, entre los jóvenes aparece un nuevo estilo de beber, consistente en el consumo habitual de alcohol en cantidades excesivas. Dichó consumo se inicia cada vez más temprano. En un estudio realizado por Martínez y Martín, 1987 (119), sobre el consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid, se encontró que el 50% de los jóvenes comenzó a beber antes de los 17 años. El tipo de bebida con la que comienzan los jóvenes es, en su mayoría, cerveza. Otras encuestas Unicef, 1987 (184) y Pacoma, 1989 (54), han evaluado el consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid, encontrando que entre los niños de 8ª de EGB hasta 3ª de BUP y FP, el 50% se manifestaron bebedores, preferentemente de cerveza, y un 9% beberían frecuentemente. El 65% empezó a consumir alcohol antes de los 15 años y uno de cada 10 niños es consumidor habitual de alcohol (184). El otro estudio apunta que el inicio en el consumo, con embriagueces, se lleva a cabo entre los 10 y los 12 años, un 12%, y un 34% entre los 13 y los 15 años, con inicio más temprano entre los varones (54). Los individuos que comienzan a beber más precozmente adquieren con el tiempo patrones de consumo más elevados (54).

Hay otros comportamientos de los jóvenes que son fenómenos también muy extendidos en estos últimos años: "el pasotismo" reflejado en nuestra muestra como indiferencia, pasividad y apatía, en una proporción del 9.4%.

También los problemas de insociabilidad, gamberrismo, daños a las personas y a las propiedades han

aumentado en la actualidad. Todos estos problemas se encuentran dentro de una constelación de conductas evasivas las cuales nos revelan un intento de huida de la realidad, así como el aburrimiento, el tedio, la falta de imaginación y las relaciones sociales superficiales, manifestadas por pasarse las horas aburridos en una discoteca con un ruido ensordecedor que les evita comunicarse y pensar (186).

Otros de los problemas que aumentaron de frecuencia en la muestra del año 1989 son los problemas de alimentación, anorexia y bulimia. Llama la atención el hecho de que no se hubiese reflejado ninguno de estos problemas, como entidades clínicas en el año 1955, ya que sabemos que la anorexia nerviosa existe desde hace más tiempo. Una explicación podría encontrarse en el hecho de que en esa época los problemas de alimentación no solían ser tratados por el psiquiatra sino por el pediatra si el niño era pequeño, o por el médico de medicina general, internista o endocrino, fruto de la llamada "querella de la anorexia mental" que enfrentó a los organicistas, que defendían siguiendo los hallazgos de Simmonds y Sheean el origen hipofisario de la enfermedad; y a los psicogeneticistas, para los que estas alteraciones hipofisarias eran secundarias a la alteración psíquica primaria. Esta "querella" se decidió a partir del Simposio sobre Anorexia Nerviosa que se celebró en Gottingen en el año 1965, y que supuso el reconocimiento de la anorexia como una enfermedad psicósomática (126).

A pesar de esto algunos opinan que los problemas de alimentación han aumentado estas últimas décadas, y ello debido a una serie de cambios sociales acaecidos en nuestro medio, vgr. la disminución de la lactancia natural, el descenso de la natalidad y mortalidad infantil, la incorporación de la mujer al trabajo, la progresiva evolución de su papel social, la desaparición de la obesidad como signo de bienestar

social y una cultura del "adelgazamiento", Toro y Vilardell, 1987 (183), que considera más estético el estar delgada y se preocupa activamente por conseguirlo. Además de estos cambios que se les podría llamar "generales", y que afectan a casi toda la civilización occidental, Nylander 1971, Schawabe, citados por Tomás y Bassas (182), habría otras actitudes hacia la alimentación privativas de nuestra sociedad. En efecto la tercera generación de jóvenes (chicas) ha sufrido el "bombardeo" de consignas y ha padecido las pautas de alimentación de unas madres muy dependientes de abuelas que han sufrido los años de escasez de la Guerra Civil. Estas abuelas y estas madres consideraban signo de "salud" los bebés gordos y se esforzaban por conseguirlos, incrementando las dietas y acudiendo con insistencia al pediatra en busca de "vitaminas". Sabemos que la anoréxica establece una lucha por el poder con sus madre utilizando incluso la "huelga de hambre" que sabe afectará inevitablemente a su madre criada con las consignas de que la gordura en el bebé es sinónimo de ser buena madre.

La anorexia mental ha aumentado en el mundo debido a la moda del adelgazamiento Garfinkel, Garner 1982 (62), y España no ha sido ajena a este hecho, en principio afectó a las clases altas, más influidas por esta moda, pero después se ha extendido a las clases más bajas constituyendo un problema de Salud Pública. En nuestro país la casuística ha aumentado en los años 80, 15 o 20 años más tarde que en EE.UU. o Europa Morandé, 1990 (134).

Los cambios cualitativos o patoplásticos en sentido seccional o diacrónico, es decir en dos periodos de tiempo suficientemente alejados, en sujetos diferentes, que se han dado en estos años, han sido: Además del cambio de hábitos en cuanto al consumo alcohólico, anteriormente descritos:

Las neurosis obsesivas que son más frecuentes en el año 89, así como las neurosis de ansiedad y las somatizaciones. En cuanto a este tipo de patología ha habido un cambio patoplástico importante: los problemas obsesivos con una temática académica (estudiar compulsivamente, la tendencia al orden y el excesivo perfeccionismo en cuanto a las tareas escolares, aislamiento social, inseguridad respecto a los propios recursos y posibilidades, ansiedad y depresión), han ocupado el lugar de las obsesiones acerca de la limpieza o las religiosas de pureza. Lo cual va en la línea de la excesiva preocupación por los problemas escolares que caracteriza a esta época.

Llama la atención el elevado número de síntomas de somatizaciones en ambos años, al lado de la poca frecuencia de síntomas de conversión en el año 89. Los síntomas corporales consistentes en: dolores abdominales, náuseas, vómitos, cefaleas, polaquiuria y diarreas son frecuentes en los cuadros ansiosos como consecuencia de la respuesta autonómica, sin embargo, los síntomas somáticos de origen emocional: parálisis, anormalidades de la marcha, trastornos sensitivos, cegueras, sorderas, dolores, pseudoconvulsiones y fugas, no aparecen en la muestra del año 89. Lo cual nos hace pensar que al igual que ocurre con los adultos estamos asistiendo a la mutación o metamorfosis patoplástica de los síntomas histéricos en cuadros más interiorizados de expresión visceral tal y como los describió Alonso-Fernández en los adultos (6).

Los conceptos médicos acerca del enfermar psíquico del niño también han experimentado cambios estos últimos años.

Esto se observa en las historias clínicas entre otras por el formato, más parco en ítems de recogida de datos, ver Figura I, y con una orientación más biologicista en el 1955 que en el 1989.

También se observan cambios en la actitud del servicio de Psiquiatría en cuanto al abordaje de los problemas que acuden a él y esto se aprecia de una forma notable en el enfoque de los problemas de conducta.

Comparando ambos años se observan diferencias en cuanto al enfoque de los mismos por parte del propio Servicio de Psiquiatría. Aclaraciones en las historias clínicas del año 55 tales como: "No se trata de un problema médico, sino familiar y educativo", nos hace pensar en que el enfoque médico organicista preponderante en el Servicio en aquella época no consideraba a los problemas de conducta, si es que no tenían ningún síntoma orgánico acompañante, como algo que les atañese, de hecho su enfoque de estos problemas era estrictamente médico y solamente en un caso aportaron alguna observación acerca del ambiente familiar, y nunca se reseña nada acerca de las condiciones socio-económicas. En el año 1989 el enfoque del Servicio acerca de estos problemas es más pluridisciplinario y tiene en cuenta no sólo los problemas médicos sino los socio-familiares. Esto también se observa en los exámenes efectuados más médicos en el 1955 y más psicológicos y ambientalistas, incluyendo cuestionarios a profesores, en el 1989. A este mayor interés por parte de la psiquiatría por los problemas de conducta contribuye sin duda el hecho de una mayor problematización social de los problemas de conducta de tipo delictivo en los años 80 que hace que se aúnen los esfuerzos por parte de las diferentes instancias sociales (salud, salud mental, académicas y judiciales) para estudiar y tratar de resolver estos problemas ya que en ello iban implícitas otras repercusiones que las estrictamente médicas.

Lo mismo ocurre con los problemas emocionales en los que se intenta un abordaje menos médico y más pluridisciplinario: estudios psicológicos proyectivos,

entrevistas familiares etc.

Los exámenes efectuados en ambos años también son un índice del tipo de enfoque predominante en el servicio, Tabla XXXIII.

En el año 1955 predominan las pruebas biológicas, análisis; sistemáticos de sangre y orina, pruebas hepáticas, luéticas, etc. 46.491%, Electroencefalogramas, 46.491%. Interconsultas a otros servicios, cardiología, pediatría, neurología, aunque gran parte de las explicaciones neurológicas las realizaban ellos mismos, 36.842%, y pruebas de inteligencia, 30.741%. Predominaba pues el paradigma médico y psicométrico.

En el año 1989 predominan las pruebas de inteligencia 65.099%, las pruebas gráficas, dibujos, libres, CAP, figura humana, etc. 60.148%, pruebas neuropsicológicas, 52.970%, pruebas proyectivas, 23.267%. Las pruebas biológicas quedan en segundo término, si bien es cierto que los niños venían ya estudiados desde un punto de vista orgánico de los Servicios hospitalarios, especialmente de neuropsiquiatría, pero esto también es un indicio del papel que les tenían asignados a los profesionales de salud mental, la dimensión "psicológica". No obstante esta descarga de trabajo clínico, el Servicio de P.I. actúa de forma multidisciplinaria con un enfoque biopsicosocial.

Esta evolución es un reflejo de los cambios que han venido ocurriendo en el transcurso de estos últimos 50 años en cuanto a la psiquiatría infantil en nuestro país,

En efecto, los primeros años después de la guerra, y aún hasta los años 60, imperaba la psiquiatría alemana con su fuerte énfasis en las alteraciones neuroanatómicas de las enfermedades mentales. Posteriormente los esfuerzos asistenciales y de estudio se volcaron hacia el deficiente psíquico con el matiz de psicoorganicidad que esto conllevaba. Hasta muy recientemente, no se mostró interés, no tanto por el

niño deficiente sino también por el desadaptado por diferentes motivos y este interés con un matiz preventivo de la psicopatología de los adultos. Posteriormente, yendo por este camino, el punto de mira se ha ampliado, al observar que la psiquiatría infantil tiene sus peculiares características, se ha centrado el estudio en los problemas nosológicos, epidemiológicos y biológicos, buscando por un lado sus diferencias pero también sus semejanzas con los problemas psicopatológicos de los adultos.

En nuestros días se han incorporado escuelas tales como: la escuela psiquiátrica francesa y anglosajona y paradigmas tales como el psicodinámico, el conductual, el cognitivo y el sistémico. Y esto de tal modo que actualmente, consultando cualquier revista especializada u observando los contenidos de las mesas redondas y ponencias de los congresos de psiquiatría celebrados en nuestro país, se va viendo que la psiquiatría infantil va ocupando un lugar algo más importante que hace diez o quince años. Incluso se ha creado en 1983 una cátedra de Psiquiatría Infantil en la Facultad de Medicina de la ciudad de Sevilla dirigida por el Prof Dr. D. J. Rodríguez Sacristán. No obstante, y aunque el nivel de la psiquiatría infantojuvenil ha sufrido un incremento positivo, queda aún bastante camino por recorrer, sobre todo en cuanto al reconocimiento de la especialidad y la formación en nuestro país de los especialistas Rodríguez Sacristán, 1984 (158).

Al surgir nuevas patologías surgen nuevos retos, por una parte para la sociedad que ve con preocupación como se amplían los problemas que antes estaban restringidos a unos pocos o tiene que enfrentarse con problemas nuevos y por otro, a la comunidad científica que tiene que desarrollar políticas preventivas más amplias, métodos de investigación más originales y nuevas tácticas para enfrentar las recientes patolo-

gías.

Durante estos años la actividad se ha centrado en estudiar más profundamente los cuadros clínicos que hasta ahora no se consideraban frecuentes en la niñez o adolescencia: trastornos afectivos, suicidios, Cantwell, Carlson, Puig-Antich, (29), trastornos de la alimentación, trastornos emocionales.

A causa de una demanda social se han descrito cuadros nuevos como los trastornos específicos del desarrollo: dislexias, disgrafías, discalculias, déficits de atención, problemas todos ellos que repercuten en el aprendizaje escolar. Se han estudiado, con ánimo preventivo, cuadros de trastornos de conducta que comienzan precozmente y son graves para la sociedad a largo plazo. Se muestra gran interés en el desarrollo infantil, tanto normal como anómalo y se presta particular atención al grave problema de los malos tratos en la infancia y a las carencias afectivas reales o encubiertas. Se intenta también mejorar la atención en los partos y el cuidado de los neonatos; gracias a los avances técnicos cada vez se ven más niños que sobreviven a enfermedades graves, ya sean metabólicas o de otras clases, o el caso de prematuros de bajísimo peso, que antes morían sin remisión. El consumo generalizado de drogas en los padres ha traído como consecuencia la problemática de los cuadros de abstinencia en los recién nacidos, así como la difusión de las drogadicciones en la infancia y adolescencia. Las familias han modificado sus patrones de conducta y actualmente son muchos los niños cuyos padres se han separado, o que conviven con un progenitor soltero. Se ha dado la importancia que tiene a las situaciones de adaptación aguda frente al "stress" que sufren algunos niños y a los tratamientos agresivos por motivo de enfermedades crónicas graves (cáncer, endocrinopatías); etc.

Estas son algunas de las múltiples líneas actuales de investigación, que confieren al panorama actual de la psiquiatría infanto-juvenil una vastedad tal que es imposible resumir toda lo publicado hasta la fecha en revistas y textos especializados. Todo esto ha contribuido a convertir esta especialidad, relativamente reciente, en una de las más prometedoras y con mayor futuro de los años venideros.

IV. CONCLUSIONES

IV

Conclusiones.

Hemos partido de la hipótesis de que los problemas de salud mental de los niños han variado con el tiempo así como han variado los paradigmas médico y psicológico, la sociedad, las familias y el cuidado de los niños. Para comprobar esta hipótesis hemos aplicando el concepto de psiquiatría transhistórica comparando dos muestras de pacientes infantiles atendidos en el período de un año en el mismo servicio de psiquiatría infantil con un intervalo de treinta y cuatro años, las conclusiones han sido las siguientes:

1° En el año 1955 los motivos de consulta más frecuentes son los problemas somáticos, seguidos de los retrasos madurativos del desarrollo. Los diagnósticos de retraso mental son los más frecuentes, especialmente los retrasos de causa orgánica.

2° En los años siguientes, a juzgar por el aumento del número de consultas anuales, se demuestra que la tendencia de utilización de los recursos en salud mental fue incrementándose con el tiempo a lo largo de los últimos treinta y cuatro años, siendo cuatro veces más numerosos los casos en el 1989.

3° La sociedad fue considerando importantes otros problemas de salud mental en el niño, no tan graves en cuanto a su desarrollo intelectual y social, pero que podían interferir con las cada vez mayores demandas formativas que exigía la nueva sociedad tecnificada.

4° En el año 1989, aparecen como motivo principal de consulta, las dificultades escolares. Y los diagnósticos de retrasos específicos del desarrollo, en especial dislexias y disgrafías, son los más frecuentes. Esto denota el interés creciente en esta época por el fracaso escolar y los retrasos escolares como problemas que requiere consulta especializada de psiquiatría.

5° Otro de los diagnóstico más frecuentes en ambos años son los trastornos de conducta. Desde el

punto de vista cuantitativo en el año 1955 se da con más frecuencia el comportamiento antisocial, y en el 1989 son más frecuentes los trastornos de conducta solitarios agresivos. Desde un punto de vista cualitativo, los problemas presentados en el 1955 son más leves y los que aparecen en el 1989 más graves por delictivos.

6ª La drogadicción como problema médico-social también es característica exclusiva de la muestra del año 89. Representa este un fenómeno nuevo en las consultas de psiquiatría infanto-juvenil.

7ª En el año 1989 encontramos además una mayor incidencia de trastornos de ansiedad, en forma de miedos y de fobias,

8ª También son más frecuentes en el 1989 las depresiones infantiles.

9ª Los trastornos de alimentación, anorexia nerviosa y bulimia especialmente, son otros de los diagnósticos que han experimentado un aumento en nuestra muestra en el año 1989.

10ª Diacrónicamente, los cambios cualitativos que se han dado en estos años, han sido: el cambio de hábitos en cuanto al consumo alcohólico, los jóvenes se inician en el consumo alcohólico más precozmente que antaño, así como también en el abuso de sustancias adictivas. Asimismo, los problemas obsesivos son más frecuentes en el año 89 y, además, toman un contenido relacionado con la actividad académica.

11ª Se podría definir a la sociedad del año 1955 como la sociedad de normas, en la cual se enfatizan los problemas que causa el niño: retrasos, inadaptaciones y problemas leves de conducta en el medio familiar. Esto se traduce en una tendencia de la sociedad a clasificar, corregir e intentar rehabilitar a los individuos que se salen de la norma.

12ª A la sociedad del año 1989 se la podría definir como, por una parte, la sociedad de rendimien-

tos, donde se le causa el sufrimiento al niño, al exigirle un elevado rendimiento académico lo cual se traduce en un mayor interés por los problemas escolares y, por otra, como la sociedad del bienestar. Aquí, una vez más, se le causa sufrimiento al niño al exigirle una entrada precoz en la sociedad competitiva y afanosa de bienes materiales de los mayores, esto se traduce en un aumento de los problemas ansiosos y depresivos. Y, por último, se daría una sociedad anómica y hedonista, donde el sufrimiento se le causa de nuevo al niño, al no ofrecerle unos modelos identificativos válidos. Esto unido al hecho de que los niños y los jóvenes manifiestan una resistencia a aceptar estos modelos, propician que este sufrimiento revierta en la sociedad en forma de problemas delictivos y de drogadicción.

13° Las características socioeconómicas de las familias también han variado en el año 1989. La representación de la clase media alta se ha incrementado.

14° También ha habido cambios en el año 1989 en la estructura y los papeles asignados a cada uno de los miembros de la familia. Estos cambios consisten en: una crisis transformativa de la familia que se manifiesta en un aumento de la conflictiva familiar y en una mayor propensión a la desintegración en forma de separación y el divorcio de los padres. Las funciones asignadas a los padres en la familia también han cambiado. La mujer accedió al mundo laboral, cambiando su papel social tradicional.

15° Los conceptos médicos acerca del enfermar psíquico del niño también han experimentado cambios en el año 1989: de ser más receptivos para los grandes trastornos en el año 1955, con una orientación más biologicista y psicométrica, se pasa a una época más evaluadora por medio de pruebas de los rendimientos del niño. La psiquiatría infantil se hace más compren-

siva integrándose nuevos paradigmas, psicodinámico, conductual, sistémico, etc.

V. TABLAS

TABLA I.

| CONOCIMIENTO | | | | |
|----------------------------|----------|------------------------|-----------|------------|
| CAMPO | ORIGEN | TIPO | SIGNO | CONTEXTO |
| A) De la Mirada las causas | | deductivo | especie | clasifica- |
| | | anatomía | clínica | ción |
| | | patológica | entidad | nosotaxia |
| B) De la Escucha la signi- | ficación | dialéctico vinculación | conflicto | social |

TABLA II.

1. Trastornos de conducta infantiles de etiología más o menos unívoca

Factores constitucionales:

A) Cromosomopatías.

Factores orgánicos:

B) Encefalopatías.

Factores vivenciales:

C) Caracteriopatías.

2. Trastornos de conducta infantiles de etiología mixta

Factores dispositionales y vivenciales:

D) Psicopatías y depresiones.

Factores dispositionales, vivenciales y orgánicos:

E) Epilepsias.

TABLA III.

SINDROMES DE BANDA ANCHA

Conducta hipercontrolada
Conducta subcontrolada
Despago patológico
Problemas de aprendizaje

SINDROMES DE BANDA ESTRECHA

| | |
|------------------|----------------|
| Agresividad | Depresión |
| Ansiedad | Hiperactividad |
| Delincuencia | Inmadurez |
| P. de sueño | C.Obs-Compuls. |
| Huida social | C. esquizoide |
| Quejas somáticas | P. sexuales |

TABLA IV.

| DSM | SINDR. DE BANDA ESTRECHA |
|---|--------------------------|
| <u>T. por déficit de atención</u> | |
| - Con hiperactividad | Hiperactividad |
| - Sin hiperactividad | Inatención (profesores) |
| <u>T. de conducta</u> | |
| - Agresivo no socializado | Agresividad |
| - No agresivo no social. | |
| - Agresivo socializado | Delincuencia (chicos) |
| - No agresivo no socializ. | Delincuencia (chicas) |
| <u>T. de ansiedad (niñez y adolesc.)</u> | |
| - T. por ansiedad de separación | |
| - T. evitativo | |
| - T. hiperansioso | Ansiedad |
| <u>Otros T. de la niñez y adolesc.</u> | |
| - T. esquizoide | Huida social |
| - Mutismo selectivo | Incomunicación |
| - T. oposicionista | |
| - T. de identidad | |
| <u>T. del desarrollo (profundos o no)</u> | |
| - T. profundo de comienzo en la niñez | |
| - T. de la identidad sexual en la niñez | P. sexuales |
| - P. académicos | P. académicos |
| <u>T. no específicos de la niñez o adolesc.</u> | |
| - T. obsesivo compulsivo | C. obs.-comp. |
| - T. somatoforme | Quejas somat. |
| - Episodio depresivo mayor | Depresión |
| - T. distímico | |
| - T. adaptativo con an. depres. | |
| - Pers. esquizotípica | C. esquizoide |
| | Inmadurez |
| | P. sexuales |
| | P. de sueño |

| TABLA V. | | 1955 | | 1989 | |
|----------------------|-----|---------|----------------|---------|----------|
| INTERVALOS DE EDADES | N | % | N ₁ | % | SIGNIF. |
| 0 - 2,5 AÑOS | 12 | 10,526% | 10 | 2,475% | p < 0,01 |
| 2,5 - 5,5 " | 20 | 17,543% | 82 | 20,297% | N.S. |
| 5,5 - 8,5 " | 24 | 21,052% | 109 | 26,980% | N.S. |
| 8,5 - 11,5 " | 31 | 27,192% | 93 | 23,019% | N.S. |
| 11,5 - 14,5 " | 22 | 19,298% | 98 | 24,257% | N.S. |
| 14,5 - 17,5 " | 5 | 4,385% | 11 | 2,722% | N.S. |
| 17,5 - 18,5 " | 0 | 0,000% | 0 | 0,000% | N.S. |
| 18,5 - > " | 0 | 0,000% | 1 | 0,247% | p < 0,05 |
| TOTALES | 114 | 99,996% | 404 | 99,997% | |

| TABLA VI(a). | | 1955 | | 1989 | |
|----------------|-----|---------|-----|---------|---------|
| PACIENTES/SEXO | N | % | N | % | SIGNIF. |
| HOMBRES | 66 | 57,894% | 239 | 59,158% | N.S. |
| MUJERES | 48 | 42,105% | 165 | 40,841% | N.S. |
| TOTALES | 114 | 99,999% | 404 | 99,999% | |

| TABLA VI(b). | | 1955 | | | 1989 | |
|----------------------|----|------|-------|-----|------|-------|
| INTERVALOS DE EDADES | H | M | TOTAL | H | M | TOTAL |
| 0 - 2,5 AÑOS | 7 | 5 | 12 | 7 | 3 | 10 |
| 2,5 - 5,5 " | 12 | 8 | 20 | 45 | 37 | 82 |
| 5,5 - 8,5 " | 13 | 11 | 24 | 73 | 36 | 109 |
| 8,5 - 11,5 " | 20 | 11 | 31 | 53 | 40 | 93 |
| 11,5 - 14,5 " | 12 | 10 | 22 | 54 | 44 | 98 |
| 14,5 - 17,5 " | 2 | 3 | 5 | 6 | 5 | 11 |
| 17,5 - 18,5 " | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18,5 - > " | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| TOTALES | 66 | 48 | 114 | 239 | 165 | 404 |

| TABLA VII. | | 1955 | | 1989 | |
|--------------------|-----|---------|-----|---------|-------------|
| ESTUDIOS PACIENTES | N | % | N | % | SIGNIF. |
| EDUCACION ESPECIAL | 1 | 0,934% | 35 | 8,648% | p < 0,0067 |
| E.G.B. - PRIMARIA | 51 | 47,663% | 255 | 63,275% | p < 0,05 |
| B.U.P. - BACHILL | 3 | 2,803% | 7 | 1,736% | N.S. |
| FORMACION PROF. | 0 | 0,000% | 4 | 0,992% | p < 0,05 |
| PREESCOLAR | 6 | 5,607% | 52 | 12,903% | p < 0,05 |
| NO CONSTA | 7 | 6,140% | 1 | 0,247% | p < 0,01 |
| GUARDERIA | 0 | 0,000% | 24 | 5,955% | p < 0,0085 |
| SIN ESCOLARIZAR | 46 | 42,990% | 26 | 6,451% | p<0,0000001 |
| TOTALES | 114 | | 404 | | |

| TABLA VIII. | | 1955 | | 1989 | |
|---------------------|-----|---------|-----|---------|-------------|
| DERIVANTES POR AÑO | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| INTERCONS. HOSPITAL | 3 | 3,488% | 317 | 78,660% | p<0,0000001 |
| FAMILIA | 74 | 86,046% | 52 | 12,903% | p<0,0000001 |
| MEDICO PUBLICO | 5 | 5,813% | 18 | 4,466% | N.S. |
| AMIGO O VECINO | 1 | 1,162% | 2 | 0,496% | N.S. |
| DERIVACION PROPIA | 0 | 0,000% | 3 | 0,744% | p < 0,05 |
| SERVICIOS SOCIALES | 3 | 3,488% | 5 | 1,240% | N.S. |
| COLEGIO | 0 | 0,000% | 4 | 0,992% | p < 0,05 |
| AUTOR. JUDICIALES | 0 | 0,000% | 1 | 0,248% | p < 0,05 |
| NO CONSTA | 28 | 24,561% | 2 | 0,496% | p<0,0000001 |
| TOTALES | 114 | | 404 | | |

| TABLA IX. | | 1955 | | 1989 | |
|-----------------------|----|---------|-----|---------|--------------|
| MOTIVOS DE CONSULTA | N | % | N | % | SIGNIF. |
| PROB. MAD. DESARROLLO | 35 | 30,700% | 87 | 21,534% | N.S. |
| TRAST. DE CONDUCTA | 47 | 41,227% | 83 | 20,514% | p < 0,005 |
| T. EMOCIONALES | 8 | 7,017% | 53 | 13,118% | N.S. |
| PROBLEMAS SOMATICOS | 55 | 48,245% | 111 | 27,475% | p < 0,01 |
| DIF. ESCOLARES | 5 | 4,385% | 123 | 30,445% | p < 0,000002 |
| ESTUDIO INTELIGENCIA | 3 | 2,631% | 96 | 23,762% | p < 0,00001 |
| INVEST. PR. PSIQUIAT. | 17 | 14,911% | 71 | 17,573% | N.S. |
| TABLA X. | | 1955 | | 1989 | |
| RETRASOS MADURATIVOS | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| MARCHA | 13 | 11,403% | 13 | 3,217% | p < 0,02 |
| PSICOMOTRICES | 16 | 14,035% | 50 | 12,376% | N.S. |
| DISLALIAS | 11 | 9,649% | 44 | 10,891% | N.S. |
| LENGUAJE | 20 | 17,543% | 42 | 10,396% | N.S. |
| AUTONOMIA | 11 | 9,649% | 31 | 7,673% | N.S. |
| LECTO-ESCRITURA | 6 | 5,263% | 64 | 15,841% | p < 0,01 |
| RETRASO ESCOLAR | 15 | 13,157% | 87 | 21,534% | N.S. |

| TABLA XI. | | 1955 | | 1989 | |
|----------------------|----|---------|-----|---------|-------------|
| ALTER. DE CONDUCTA | N | % | N | % | SIGNIFICAC. |
| INQUIETUD MOTRIZ | 38 | 33,333% | 105 | 25,990% | |
| IMPULSIVIDAD | 3 | 2,631% | 22 | 5,445% | |
| DISTRAIBILIDAD | 15 | 13,157% | 74 | 18,316% | |
| TOTAL | 56 | | 201 | | N.S. |
| RABIETAS | 14 | 12,280% | 16 | 3,960% | |
| DESOBEDIENCIA | 16 | 14,035% | 41 | 10,148% | |
| AGRESIVIDAD | 17 | 14,912% | 35 | 8,663% | |
| INDIFERENCIA, APATIA | 10 | 8,770% | 38 | 9,404% | |
| MENTIRAS | 6 | 5,263% | 6 | 1,485% | |

| | | | | | |
|------------------|----|--------|-----|--------|------------|
| CAPRICHOS | 5 | 4,385% | 22 | 5,445% | |
| TOTAL | 68 | | 158 | | p < 0,02 |
| DESTRUCTIVIDAD | 0 | 0,000% | 18 | 4,466% | |
| FUGAS | 0 | 0,000% | 6 | 1,485% | |
| INSOCIABILIDAD | 1 | 1,754% | 12 | 2,970% | |
| ROBOS | 0 | 0,000% | 7 | 1,732% | |
| DELINCUENCIA | 0 | 0,000% | 2 | 0,495% | |
| DROGADICCION | 0 | 0,000% | 3 | 0,742% | |
| ABUSO DE ALCOHOL | 0 | 0,000% | 4 | 0,247% | |
| TOTAL | 1 | | 49 | | p < 0,0008 |

| TABLA XII. | | 1955 | | 1989 | |
|-----------------------|----|---------|-----|---------|-------------|
| PROBLEMAS EMOCIONALES | N | % | N | % | SIGNIFICAC. |
| MIEDOS, FOBIAS | 5 | 4,385% | 52 | 12,871% | |
| ANS. DE SEPARACION | 1 | 0,877% | 29 | 7,178% | |
| OTRAS ANSIEDADES | 0 | 0,000% | 19 | 4,702% | |
| CRISIS DE ANSIEDAD | 1 | 0,877% | 5 | 1,237% | |
| SOMNILOQUIA | 13 | 11,403% | 24 | 5,940% | |
| PESADILLAS | 4 | 3,508% | 33 | 8,168% | |
| TERRORES NOCTURNOS | 3 | 2,631% | 14 | 3,465% | |
| TIMIDEZ | 4 | 3,508% | 66 | 16,336% | |
| INSEGURIDAD | 0 | 0,000% | 20 | 4,950% | |
| SENT. DE INFERIORIDAD | 0 | 0,000% | 3 | 0,742% | |
| ENVIDIA, CELOS | 3 | 2,631% | 26 | 6,435% | |
| OBSESIONES, COMPULS. | 1 | 0,877% | 10 | 2,475% | |
| PERFECCIONISMO | 3 | 2,631% | 12 | 2,970% | |
| TOTALES | 38 | | 313 | | p<0,0000073 |
| SINT. CONVERSIVOS | 1 | 0,877% | 1 | 0,247% | |
| SOMATIZACIONES | 14 | 12,280% | 56 | 13,861% | |
| HIPOCONDRIA | 1 | 0,877% | 2 | 0,495% | |

| | | | | | |
|---------------------|----|--------|----|--------|------------|
| TOTALES | 16 | | 59 | | N.S. |
| TRISTEZA | 1 | 0,877% | 34 | 8,415% | |
| BAJA AUTOESTIMA | 0 | 0,000% | 6 | 1,485% | |
| INHIBICION MOTRIZ | 0 | 0,000% | 5 | 1,237% | |
| LABILIDAD EMOCIONAL | 2 | 1,754% | 21 | 5,198% | |
| DISFORIA | 0 | 0,000% | 5 | 1,237% | |
| INTENTO DE SUICIDIO | 0 | 0,000% | 7 | 1,732% | |
| TOTALES | 3 | | 78 | | p < 0,0001 |

| TABLA XIII. | | 1955 | | 1989 | |
|-------------------|----|---------|----|---------|-------------|
| OTROS SINTOMAS | N | % | N | % | SIGNIFICAC. |
| ENURESIS DIURNA | 6 | 5,263% | 15 | 3,712% | N.S. |
| ENURESIS NOCTURNA | 8 | 7,017% | 44 | 10,891% | N.S. |
| ENCOPRESIS | 5 | 4,385% | 22 | 5,445% | N.S. |
| TICS | 12 | 10,526% | 13 | 3,217% | p < 0,034 |
| ONICOPAGIA | 7 | 6,140% | 9 | 2,227% | N.S. |
| AUTOAGRESIONES | 1 | 0,247% | 6 | 1,485% | N.S. |
| ANOREXIA | 3 | 2,631% | 13 | 3,217% | N.S. |
| BULIMIA | 1 | 0,877% | 4 | 0,990% | N.S. |
| MALOS TRATOS | 2 | 1,754% | 30 | 7,424% | p < 0,042 |

| TABLA XIV. | | 1955 | | 1989 | |
|----------------------|----|---------|-----|---------|-------------|
| A. PATOLOGICOS | N | % | N | % | SIGNIFICAC. |
| RETR.D. PSICOMOTRIZ | 42 | 37,168% | 108 | 26,237% | N.S. |
| P. NEONATALES | 35 | 30,973% | 109 | 26,980% | N.S. |
| CONVULSIONES | 34 | 30,088% | 64 | 15,841% | p < 0,025 |
| EPILEPSIA | 12 | 10,619% | 38 | 9,405% | N.S. |
| P. EMOCIONALES | 4 | 3,539% | 52 | 12,871% | p < 0,01 |
| P. DE APEGO | 1 | 0,884% | 64 | 15,841% | p < 0,00009 |
| P. DE CONDUCTA | 15 | 13,274% | 48 | 12,871% | N. S. |
| P. DE ALIMENTACION | 4 | 3,539% | 46 | 11,386% | p < 0,03 |
| P. DE SUEÑO | 11 | 9,734% | 52 | 12,871% | N.S. |
| R.CONTROL ESFINTERES | 15 | 13,274% | 57 | 14,108% | N.S. |
| P. PSICOSOMATICOS | 2 | 1,769% | 39 | 9,653% | p < 0,01 |
| HOSP. OPERACIONES | 7 | 11,504% | 107 | 26,485% | p < 0,0001 |
| ENF.SOMATICAS GRAVES | 13 | 1,769% | 42 | 10,396% | N.S. |
| MALTRATO, ABANDONO | 2 | 1,769% | 30 | 7,424% | p < 0,04 |

| TABLA XV. | | 1955 | | 1989 | |
|-----------------------|----|---------|-----|---------|-----------|
| EDAD PADRES | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| ENTRE LOS 15 Y LOS 21 | 3 | 2,631% | 0 | 0,000% | p < 0,07 |
| ENTRE LOS 21 Y LOS 31 | 5 | 4,385% | 37 | 9,158% | N.S. |
| ENTRE LOS 31 Y LOS 41 | 18 | 15,789% | 173 | 42,821% | N.S. |
| ENTRE LOS 41 Y LOS 51 | 17 | 14,912% | 99 | 24,504% | N.S. |
| ENTRE LOS 51 Y LOS 61 | 5 | 4,385% | 29 | 7,178% | N.S. |
| ENTRE LOS 61 Y LOS 80 | 1 | 0,877% | 3 | 0,742% | N.S. |
| TOTALES | 49 | 42,979% | 341 | 84,403% | |
| EDAD MADRES | | | | | |
| ENTRE LOS 15 Y LOS 21 | 1 | 0,877% | 1 | 0,247% | N.S. |
| ENTRE LOS 21 Y LOS 31 | 9 | 7,894% | 51 | 12,623% | N.S. |
| ENTRE LOS 31 Y LOS 41 | 24 | 21,052% | 192 | 47,524% | N.S. |
| ENTRE LOS 41 Y LOS 51 | 10 | 8,771% | 75 | 18,564% | N.S. |
| ENTRE LOS 51 Y LOS 61 | 3 | 2,631% | 15 | 3,712% | N.S. |

| | | | | | |
|-----------------------|----|---------|-----|---------|-----------|
| ENTRE LOS 61 Y LOS 80 | 0 | 0,000% | 1 | 0,247% | p < 0,007 |
| TOTALES | 47 | 41,225% | 335 | 82,917% | |

| TABLA XVI. | | | | | |
|----------------------|------|---------|------|---------|-----------|
| | 1955 | | 1989 | | |
| TIPO DE FAMILIA | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| NUCLEAR | 89 | 83,177% | 352 | 87,562% | N.S. |
| AMPLIADA | 2 | 1,869% | 9 | 2,238% | N.S. |
| SEPARADOS | 0 | 0,000% | 20 | 4,974% | p < 0,02 |
| DIVORCIADOS | 0 | 0,000% | 1 | 0,248% | p < 0,04 |
| SOLTEROS | 2 | 1,869% | 6 | 1,492% | N.S. |
| INCOMPLETA | 8 | 7,475% | 10 | 2,486% | p < 0,09 |
| CON OTROS FAMILIARES | 2 | 1,869% | 1 | 0,248% | N.S. |
| ADOPTADO, ACOGIDO | 0 | 0,000% | 3 | 0,746% | N.S. |
| CONSANGUINEOS | 3 | 2,830% | 0 | 0,000% | p < 0,07 |
| TOTALES | 106 | 99,089% | 402 | 99,994% | |

| TABLA XVII. | | | | | |
|-----------------|------|---------|------|---------|-----------|
| | 1955 | | 1989 | | |
| LUGAR QUE OCUPA | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| MAYOR | 24 | 24,242% | 118 | 29,426% | N.S. |
| MEDIO | 12 | 12,121% | 66 | 16,458% | N.S. |
| MENOR | 45 | 45,454% | 160 | 39,900% | N.S. |
| UNICO | 17 | 17,171% | 48 | 11,970% | N.S. |
| GEMELOS | 1 | 1,010% | 8 | 1,994% | N.S. |
| TOTALES | 99 | 99,998% | 400 | 99,748% | |

| TABLA XVIII. | | | | | |
|------------------|------|---------|------|---------|-----------|
| | 1955 | | 1989 | | |
| ACTIVIDAD PADRES | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| AMA DE CASA | 55 | 93,103% | 270 | 71,428% | p < 0,06 |

| | | | | | |
|-----------------------|----|---------|----|---------|-----------|
| PROFESION LIBERAL | | | | | |
| MADRE | 1 | 1,724% | 11 | 2,910% | N.S. |
| PADRE | 3 | 4,918% | 63 | 16,755% | p < 0,001 |
| FUNCIONARIO | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 5 | 1,322% | p < 0,05 |
| PADRE | 4 | 6,557% | 21 | 5,585% | N.S. |
| EMPRESARIO | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 0 | 0,000% | |
| PADRE | 0 | 0,000% | 7 | 1,861% | p < 0,05 |
| CARGO DIRECTIVO | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 2 | 0,529% | p < 0,05 |
| PADRE | 0 | 0,000% | 26 | 6,914% | p < 0,006 |
| EMPLEADO | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 21 | 5,555% | p < 0,01 |
| PADRE | 8 | 13,114% | 81 | 21,542% | p < 0,007 |
| OBRERO CUALIFICADO | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 28 | 7,407% | p < 0,005 |
| PADRE | 12 | 19,672% | 95 | 25,265% | p < 0,017 |
| OBRERO SIN CUALIFICAR | | | | | |
| MADRE | 1 | 1,724% | 30 | 7,936% | p < 0,014 |
| PADRE | 27 | 44,262% | 70 | 18,617% | N.S. |
| SIN PROFESION | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 4 | 1,058% | p < 0,05 |
| PADRE | 1 | 1,724% | 5 | 1,329% | N.S. |
| ESTUDIANTE | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 2 | 0,529% | p < 0,05 |
| PADRE | 0 | 0,000% | 0 | 0,000% | |

| | | | | | |
|------------------------|----|---------|----|--------|-----------|
| TABLA XIX. | | | | | |
| SECTOR | | 1955 | | 1989 | |
| AGRICULTURA, GANADERIA | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| MADRE | 1 | 1,020% | 2 | 0,531% | N.S. |
| PADRE | 16 | 28,070% | 12 | 3,342% | p < 0,005 |

| | | | | | |
|------------------------|----|---------|-----|---------|-------------|
| INDUSTRIA, CONSTR. | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 4 | 1,063% | p < 0,05 |
| PADRE | 17 | 29,824% | 181 | 50,417% | p < 0,00003 |
| COMERCIO, HOSTEL. | | | | | |
| MADRE | 1 | 1,020% | 19 | 5,053% | p < 0,076 |
| PADRE | 4 | 7,017% | 55 | 15,320% | p < 0,009 |
| BANCA, SEGUROS | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 8 | 2,127% | p < 0,074 |
| PADRE | 0 | 0,000% | 26 | 7,242% | p < 0,006 |
| MANUFACTUR. ARTESAN. | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 1 | 0,265% | p < 0,05 |
| PADRE | 8 | 14,035% | 22 | 6,128% | N.S. |
| ENSEÑANZA, SANIDAD | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 31 | 8,244% | p < 0,003 |
| PADRE | 0 | 0,000% | 19 | 5,292% | p < 0,025 |
| MILITAR, POLICIA | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 0 | 0,000% | |
| PADRE | 2 | 3,508% | 11 | 3,064% | N.S. |
| OTROS SERV. LIBERALES | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 30 | 7,978% | p < 0,0034 |
| PADRE | 3 | 5,263% | 15 | 4,178% | N.S. |
| MINISTERIO | | | | | |
| MADRE | 0 | 0,000% | 1 | 0,265% | p < 0,05 |
| PADRE | 0 | 0,000% | 9 | 2,506% | p < 0,086 |
| TABLA XX. | | 1955 | | 1989 | |
| SITUACION | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| ACTIVO | | | | | |
| PADRE | 54 | 87,096% | 334 | 88,829% | p < 0,00092 |
| MADRE | 3 | 3,030% | 95 | 25,065% | p < 0,00001 |
| SIN EMPLEO | | | | | |
| PADRE | 0 | 0,000% | 20 | 5,319% | p < 0,016 |
| MADRE | 0 | 0,000% | 4 | 1,055% | p < 0,05 |
| INCAPACIDAD, INVALIDEZ | | | | | |
| PADRE | 1 | 1,612% | 11 | 2,925% | N.S. |

| | | | | | |
|--------------------|---|--------|---|--------|----------|
| MADRE | 0 | 0,000% | 2 | 0,527% | p < 0,05 |
| JUBILADO | | | | | |
| PADRE | 0 | 0,000% | 2 | 0,527% | p < 0,05 |
| MADRE | 0 | 0,000% | 0 | 0,000% | |
| DEPENDEN DE PADRES | | | | | |
| PADRE | 0 | 0,000% | 1 | 0,265% | p < 0,05 |
| MADRE | 0 | 0,000% | 1 | 0,265% | p < 0,05 |

| | | | | | |
|----------------|----|---------|-----|---------|--------------|
| TABLA XXI. | | 1955 | | 1989 | |
| NIVEL CULTURAL | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| ANALFABETO | 8 | 23,529% | 6 | 1,591% | p < 0,04 |
| LEE Y ESCRIBE | 13 | 38,235% | 93 | 24,668% | p < 0,033 |
| PRIMARIOS | 11 | 32,352% | 163 | 43,235% | p < 0,000003 |
| MEDIOS | 1 | 2,941% | 79 | 20,954% | p < 0,000009 |
| SUPERIORES | 0 | 0,000% | 36 | 9,549% | p < 0,001 |

| | | | | | |
|--------------|----|---------|-----|---------|--------------|
| TABLA XXII. | | 1955 | | 1989 | |
| NIVEL SOCIAL | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| ALTO | 0 | 0,000% | 2 | 0,530% | p < 0,05 |
| MEDIO ALTO | 0 | 0,000% | 25 | 6,631% | p < 0,0073 |
| MEDIO MEDIO | 3 | 5,357% | 106 | 28,116% | p < 0,000003 |
| MEDIO BAJO | 21 | 37,500% | 174 | 46,153% | p < 0,0008 |
| BAJO | 31 | 55,357% | 68 | 18,037% | p < 0,09 |
| SIN RECURSOS | 0 | 0,000% | 1 | 0,265% | p < 0,05 |

| | | | | | |
|--------------|----|---------|-----|---------|-----------|
| TABLA XXIII. | | 1955 | | 1989 | |
| PROCEDENCIA | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| URBANA | 67 | 58,771% | 320 | 80,000% | p < 0,05 |

| | | | | | |
|------------|-----|---------|-----|---------|--------------|
| SEMIURBANA | 7 | 6,140% | 53 | 13,250% | N.S. |
| RURAL | 40 | 35,087% | 27 | 6,750% | p < 0,000001 |
| TOTALES | 114 | | 400 | | |

| TABLA XXIV. ANTEC. PATOL. FAMIL. | | | | | |
|-------------------------------------|------|--------|------|---------|-----------|
| | 1955 | | 1989 | | |
| RETRASO MENTAL | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| HERMANOS | 1 | 0,877% | 4 | 0,990% | N.S. |
| FAM. 2º GRADO | 6 | 5,262% | 12 | 2,970% | N.S. |
| TOTALES | 7 | 6,139% | 16 | 3,960% | N.S. |
| NEUROSIS | | | | | |
| ABUELOS | 0 | 0,000% | 1 | 0,247% | p < 0,05 |
| ABUELAS | 2 | 1,754% | 10 | 2,475% | N.S. |
| PADRE | 4 | 3,508% | 40 | 9,900% | p < 0,06 |
| MADRE | 3 | 2,631% | 45 | 11,138% | p < 0,01 |
| HERMANOS | 0 | 0,000% | 3 | 0,742% | p < 0,05 |
| FAM. 2º GRADO | 2 | 1,754% | 1 | 0,247% | N.S. |
| TOTALES | 11 | 9,647% | 100 | 24,749% | p < 0,006 |
| PSICOSIS | | | | | |
| ABUELAS | 1 | 0,877% | 3 | 0,742% | N.S. |
| PADRE | 1 | 0,877% | 2 | 0,495% | N.S. |
| MADRE | 0 | 0,000% | 2 | 0,495% | p < 0,05 |
| HERMANOS | 0 | 0,000% | 1 | 0,247% | p < 0,05 |
| FAM. 2º GRADO | 2 | 1,754% | 3 | 0,742% | N.S. |
| TOTALES | 4 | 3,508% | 11 | 2,721% | N.S. |
| DEPRESIONES | | | | | |
| ABUELOS | 0 | 0,000% | 2 | 0,495% | p < 0,05 |
| ABUELAS | 0 | 0,000% | 1 | 0,247% | p < 0,05 |
| PADRE | 0 | 0,000% | 4 | 0,990% | N.S. |
| MADRE | 1 | 0,877% | 20 | 4,950% | p < 0,05 |
| HERMANOS | 0 | 0,000% | 0 | 0,247% | N.S. |

| | | | | | |
|-----------------|----|---------|-----|---------|------------|
| FAM. 2° GRADO | 0 | 0,000% | 2 | 0,495% | p < 0,05 |
| TOTALES | 1 | 0,877% | 29 | 7,424% | p < 0,06 |
| ALCOHOLISMO | | | | | |
| ABUELOS | 4 | 12,280% | 1 | 0,247% | p < 0,063 |
| ABUELAS | 2 | 1,754% | 1 | 0,247% | N.S. |
| PADRE | 15 | 13,157% | 15 | 3,712% | p < 0,01 |
| MADRE | 0 | 0,000% | 1 | 0,247% | p < 0,05 |
| FAM. 2° GRADO | 6 | 5,263% | 2 | 0,495% | p < 0,03 |
| TOTALES | 27 | 32,454% | 20 | 4,948% | p < 0,0002 |
| SUICIDIO | | | | | |
| ABUELOS | 0 | 0,000% | 1 | 0,247% | p < 0,05 |
| FAM. GRADO 2° | 0 | 0,000% | 2 | 0,495% | p < 0,05 |
| TOTALES | 0 | 0,000% | 3 | 0,742% | p < 0,05 |
| PROBLEMAS LEVES | | | | | |
| ABUELOS | 6 | 5,263% | 1 | 0,247% | p < 0,02 |
| ABUELAS | 4 | 3,508% | 2 | 0,495% | p < 0,09 |
| PADRE | 15 | 13,157% | 39 | 9,653% | N.S. |
| MADRE | 13 | 11,403% | 55 | 13,613% | N.S. |
| HERMANOS | 7 | 6,140% | 19 | 4,702% | N.S. |
| FAM. 2° GRADO | 5 | 4,385% | 2 | 0,495% | p < 0,05 |
| TOTALES | 50 | 43,856% | 118 | 29,205% | p < 0,067 |
| DROGADICCION | | | | | |
| ABUELOS | 0 | 0,877% | 0 | 0,000% | N.S. |
| PADRE | 0 | 0,000% | 4 | 0,990% | p < 0,05 |
| MADRE | 0 | 0,000% | 2 | 0,495% | p < 0,05 |
| HERMANOS | 0 | 0,000% | 1 | 0,247% | p < 0,05 |
| FAM. GRADO 2° | 0 | 0,000% | 1 | 0,247% | p < 0,05 |
| TOTALES | 0 | 0,877% | 8 | 1,979% | p < 0,074 |
| EPILEPSIA | | | | | |
| ABUELOS | 1 | 0,877% | 1 | 0,247% | N.S. |
| ABUELAS | 1 | 0,877% | 4 | 0,990% | N.S. |
| PADRE | 0 | 0,000% | 2 | 0,495% | N.S. |
| MADRE | 2 | 1,754% | 5 | 1,237% | N.S. |
| HERMANOS | 0 | 0,000% | 6 | 1,485% | N.S. |

| | | | | | |
|--------------------|----|--------|----|---------|----------|
| FAM. 2º GRADO | 7 | 6,140% | 10 | 2,475% | N.S. |
| TOTALES | 11 | 9,648% | 28 | 6,929% | N.S. |
| ENF. SOMAT. GRAVES | | | | | |
| ABUELAS | 0 | 0,000% | 3 | 0,742% | p < 0,05 |
| PADRE | 3 | 2,631% | 26 | 6,435% | p < 0,05 |
| MADRE | 1 | 0,877% | 18 | 4,455% | p < 0,05 |
| HERMANOS | 0 | 0,000% | 5 | 1,237% | p < 0,05 |
| FAM. GRADO 2º | 0 | 0,000% | 0 | 0,000% | N.S. |
| TOTALES | 4 | 3,508% | 52 | 12,869% | p < 0,01 |

| XXV (a). | | 1955 | | 1989 | |
|----------------------------|----|---------|----|--------|------------|
| RETRASOS MENTALES | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| RETRASO MENTAL SUPERFICIAL | 4 | 3,508% | 23 | 5,692% | N.S. |
| RETR. MENTAL MEDIO | 6 | 5,262% | 11 | 2,721% | N.S. |
| RETR. MENTAL PROFUNDO | 4 | 3,508% | 1 | 0,247% | p < 0,063 |
| R. M. SIN ESPECIFICAR | 14 | 12,280% | 2 | 0,494% | p < 0,0004 |
| TOTALES | 28 | 24,558% | 37 | 9,154% | p < 0,005 |

| TABLA XXV (b). | 1955 | 1989 |
|-----------------------|------|-------|
| R. MENTAL SUPERFICIAL | 7.00 | 9,60 |
| R. MENTAL MEDIO | 8.40 | 11,20 |
| R. MENTAL PROFUNDO | 7.50 | 5,75 |

| TABLA XXVI. | | 1955 | | 1989 | |
|-----------------------|---|--------|-----|---------|--------------|
| R.ESPECIF. DESARROLLO | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| TRS.DES. LENGUAJE | 5 | 4,385% | 40 | 9,900% | N.S. |
| TRS.DES. ARTICULACION | 1 | 0,877% | 7 | 1,732% | N.S. |
| TRS.D.LECTO-ESCRITURA | 0 | 0,000% | 8 | 1,980% | p < 0,05 |
| TRS.MIXTOS | 0 | 0,000% | 72 | 17,821% | p < 0,000006 |
| RE.MOTOR SELECTIVO | 1 | 0,877% | 15 | 3,712% | N.S. |
| TOTALES | 7 | 6,139% | 142 | 35,145% | p < 0,000001 |

| TABLA XXVII. | | 1955 | | 1989 | |
|----------------------|---|--------|----|---------|-----------|
| O.TS.MANIP.SOMATICAS | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| ENURESIS | 2 | 1,754% | 26 | 6,435% | p < 0,075 |
| ENCOPRESIS | 0 | 0,000% | 11 | 2,722% | p < 0,064 |
| TS. DEL SUEÑO | 3 | 2,631% | 9 | 2,227% | N.S. |
| TOTALES | 5 | 4,385% | 46 | 11,384% | p < 0,057 |

| TABLA XXVIII. | | 1955 | | 1989 | |
|-----------------------|----|---------|----|---------|-----------|
| TRAST. DE CONDUCTA | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| TS. INFRAS. AGRESIVO | 2 | 1,754% | 25 | 6,188% | p < 0,086 |
| TS.INFRAS.NO AGRESIVO | 1 | 0,877% | 0 | 0,000% | p < 0,05 |
| TS.SOCIALIZ. AGRESIVO | 1 | 0,877% | 3 | 0,742% | N.S. |
| TS.SOCIAL.NO AGRESIVO | 1 | 0,877% | 6 | 1,485% | N.S. |
| TS.ADAPTA.DE CONDUCTA | 1 | 0,877% | 7 | 1,732% | N.S. |
| COMP.ANTISOCIAL | 15 | 13,157% | 3 | 0,742% | p < 0,001 |
| TOTALES | 21 | 18,419% | 44 | 10,891% | p < 0,05 |

| TABLA XXIX. | | 1955 | | 1989 | |
|-----------------------|---|--------|----|--------|-----------|
| TS.POR DEFICIT DE AT. | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| CON HIPERACTIVIDAD | 1 | 0,877% | 20 | 4,950% | p < 0,065 |
| SIN HIPERACTIVIDAD | 0 | 0,000% | 5 | 1,237% | p < 0,05 |
| TOTALES | 1 | 0,877% | 25 | 6,187% | p < 0,03 |

| TABLA XXX. | | 1955 | | 1989 | |
|-----------------------|---|--------|----|---------|-----------|
| TRAST. EMOCIONALES | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| TRAST.ANS.SEPARACION | 3 | 2,631% | 15 | 3,712% | N.S. |
| TRAST. EVITATIVO | 0 | 0,000% | 20 | 4,950% | p < 0,01 |
| TRAST. ANS. EXCESIVA | 2 | 1,754% | 26 | 6,435% | p < 0,075 |
| ALTER. NEUROTICAS | 3 | 2,631% | 4 | 0,990% | N.S. |
| P.EMOC.INFEL.TRISTEZA | 1 | 0,877% | 21 | 5,198% | p < 0,05 |
| TRASTS. AFECTIVOS | 0 | 0,000% | 5 | 1,237% | p < 0,05 |
| TOTALES | 9 | 7,893% | 91 | 22,524% | p < 0,004 |

| TABLA XXXI. | | 1955 | | 1989 | |
|----------------------|---|--------|----|--------|-----------|
| | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| TRS.POR SOMATIZACION | 1 | 0,870% | 29 | 7,178% | p < 0,01 |

| TABLA XXXII. | | 1955 | | 1989 | |
|---------------------|---|--------|---|--------|-----------|
| | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| TRS.DE ALIMENTACION | 0 | 0,000% | 8 | 1,732% | p < 0,05 |

| TABLA XXXIII | | 1955 | | 1989 | |
|-----------------------|----|---------|-----|---------|-------------|
| EXAMENES | N | % | N | % | SIGNIFIC. |
| PRUEBAS BIOLOGICAS | 53 | 46,491% | 0 | 0,000% | p<0,0000001 |
| RADIOGRAFIAS | 7 | 6,140% | 0 | 0,000% | p < 0,05 |
| E.E.G. | 53 | 46,491% | 7 | 1,732% | p<0,0000001 |
| PR. DE INTELIGENCIA | 35 | 30,701% | 263 | 65,099% | p < 0,0002 |
| PR. GRAFICAS | 9 | 7,894% | 243 | 60,148% | p<0,0000001 |
| PR. PROYECTIVAS | 7 | 6,140% | 94 | 23,267% | p < 0,007 |
| INFORMES, INTERCONS. | 42 | 36,842% | 19 | 4,702% | p<0,0000001 |
| PR. NEUROPSICOLOGICAS | 1 | 0,877% | 214 | 52,970% | p<0,0000001 |
| CUESTIONARIO PAD.PROF | 0 | 0,000% | 8 | 1,980% | p < 0,05 |

VI. GRAFICOS Y FIGURAS

CONSULTAS AÑO

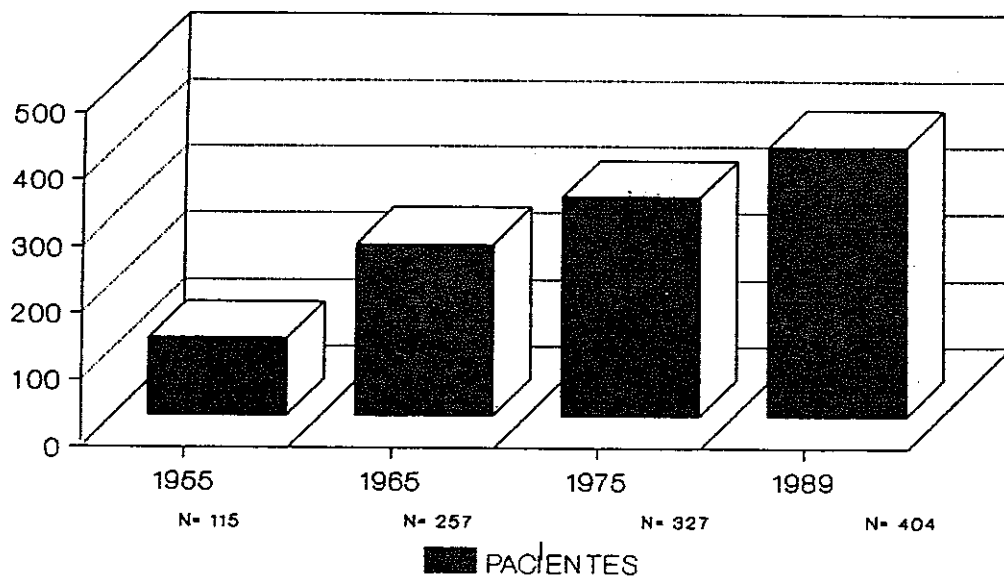
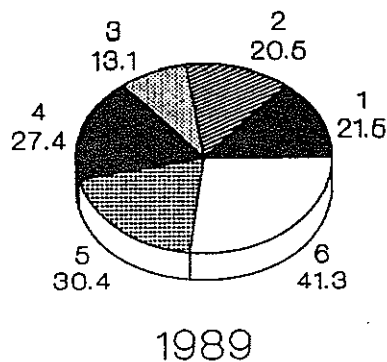
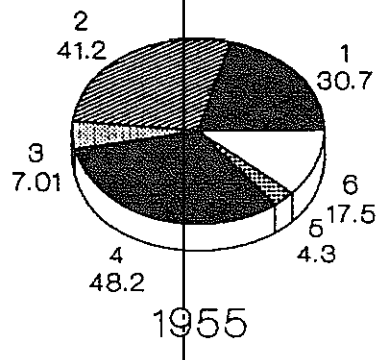


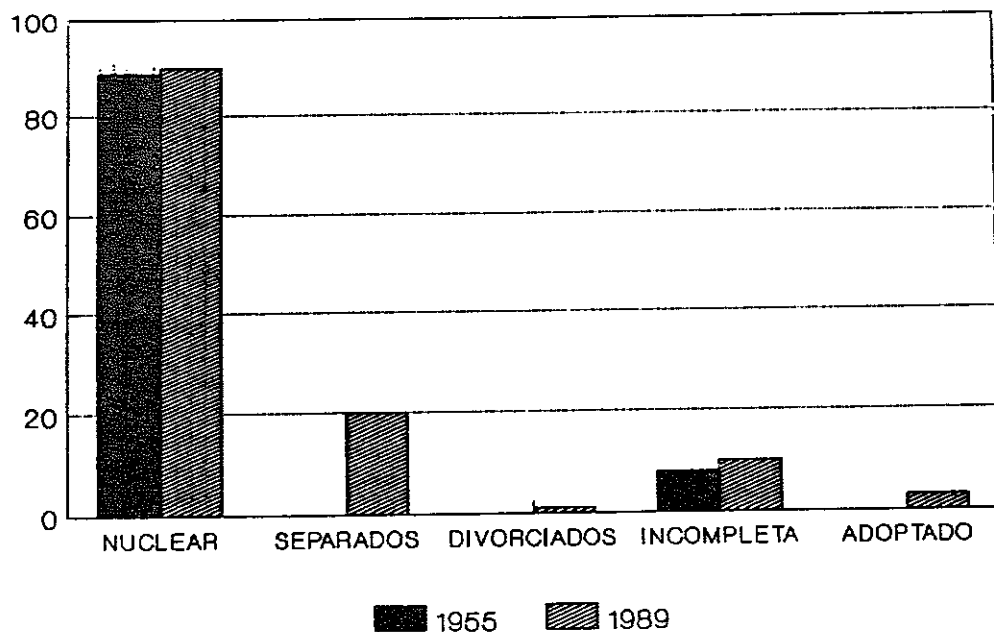
GRAFICO I

MOTIVOS DE CONSULTA AÑOS

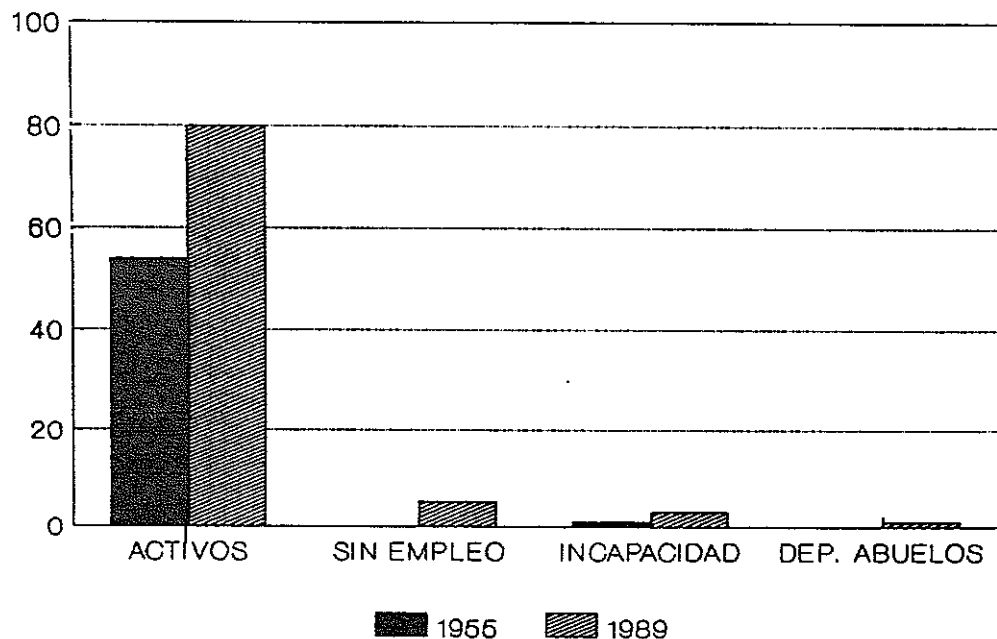


1. PR. DESARROLLO
2. PR. CONDUCTA
3. PR. EMOCIONALES
4. PR. SOMATICOS
5. DIF. ESCOLARES
6. ESTUDIOS

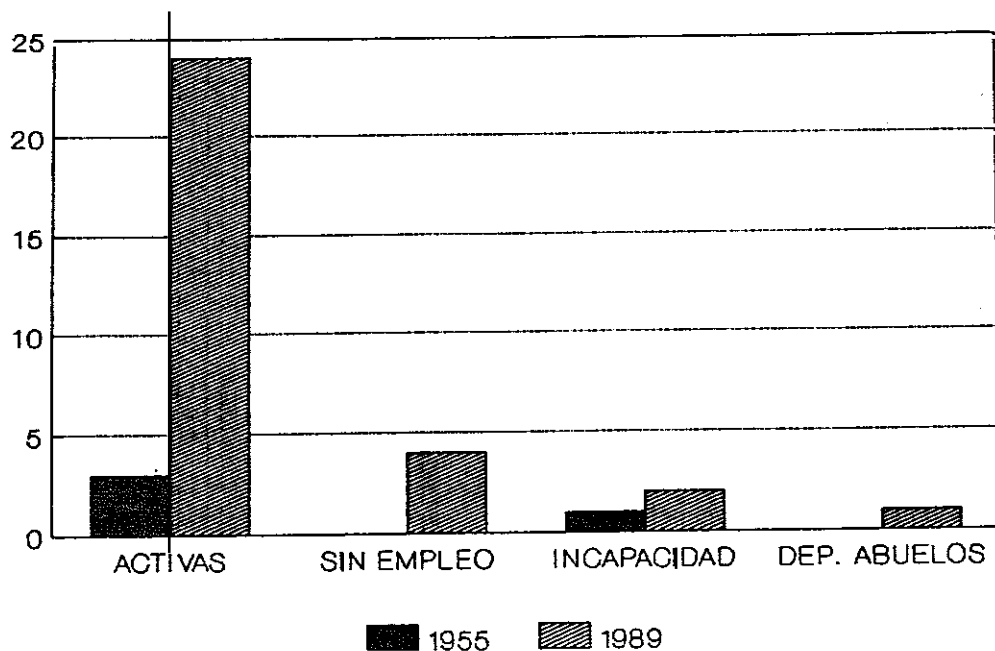
TIPO DE FAMILIA



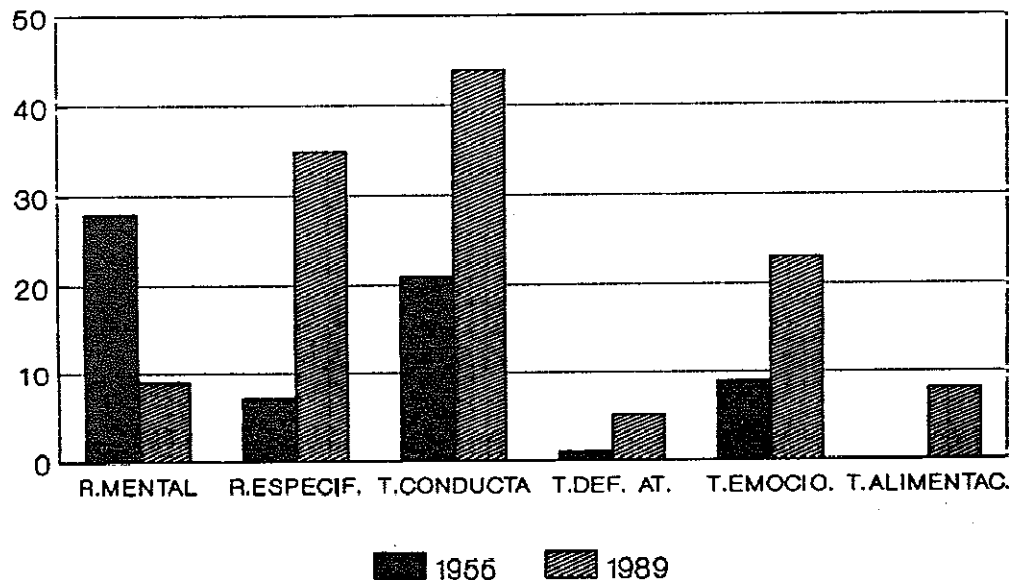
SITUACION LABORAL PADRES



SITUACION LABORAL MADRES



DIAGNOSTICOS AÑOS



FACULTAD DE MEDICINA

FIGURA I

CATEDRA DE PSIQUIATRIA

CATEDRATICO DOCTOR A. VALLEJO ENAGERA

ନିର୍ଦ୍ଦେଶକ -

HISTORIA CLINICA

De

Edad 2**Estado**

Profesión

Natural

Mancha Real (Jaen)

Domicillado:

San Fernando.

Mira

27/10/1964

Día de la Observación:

de

de

Environ

de 1952
1952

Historiador por

7 Tapia

ANTECEDENTES

A.E.

Abuelo P. padre común
del padre nieto.

A. P.

E. i. mate con vernal y fide.
 P. a. b. f. mate.
 d. u. 5. b. o. r. a.
 S. a. m. p. i. n. a. a. l. a. 3. T. o. p. e. r. a. a. d. o. f. a. u.

P. L.

ENFERMEDAD ACTUAL

Exposición: Abordable, Explicar, ~~abordable~~ Hable con di-
ficultad, apenax a la entienda Conducta muy infantil
desproporcionada a su edad. Repite automáticamente su
nombre, parte de algunas canciones etc. Deficit de la atención
fácil distractibilidad. Caudal intelectual, apto para Pico-
utilidad, ~~memorización~~ ~~primarios~~ ~~procedimientos~~ ~~procedimientos~~
dificultad para abstracción etc.

Diagnóstico: ~~oligofrenia~~ ~~gadol~~ ~~inestabilidad~~ Epilepsia
fibrilatoria

IX Exploración

a) Somática: peso _____ talla _____

b) Neurológica _____

c) Órganos de los sentidos _____

Oído _____

Visión _____

d) Psíquica _____

e) Informes psicológicos _____

Tests empleados _____

Nivel intelectual (rango, percentil, edad mental
y C. I.) _____

Tests proyectivos _____

f) Otros informes (laboratorio, I. I. G., etc.) _____

X Informes adicionales (resumen)

a) Visitador Social _____

b) Maestros _____

c) Otros _____

XI Diagnóstico

Actitud de la familia: _____

XII Recomendación terapéutica y pedagógica

Potencialidades de integración en la vida familiar _____

VII. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA 1

1. - Achenbach, T. M. "The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study." Psychological Monographs, 1966, 80(615).
 - Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. "The classification of child Psychopathology: A review and analysis of empirical efforts." Psychological Bulletin, 1978, 85, 6, 1275-1301.
 - Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. Behavioral Problems and Competencies Reported by Parents of Normal and Disturbed Children Aged 4 Through 16. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1981;46:188.
 - Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Burlington, 1983.
 - Achenbach, T. M., Assessment and Taxonomy of Child and Adolescent Psychopathology. Sage Publications, California, USA, 1985.
 - Achenbach, T. M. & McConaughy, S. M., Child Interview Checklist-Self Report Form. University of Vermont, Burlington, 1985.
2. - Ajuriaguerra, J. de Manual de Psiquiatría Infantil, Toray-Masson, 4ª edición, Barcelona, 1979. pags. 233-239.
3. - Albert, N., Beck, A. T. "Incidence of depression in early adolescence: a preliminary study." J. Youth Adolescence 1975; 4:301-307.
4. - Alexander, F. G.; Selesnick, S. T. Historia de la Psiquiatría, Espaxs, Barcelona, 1970. pags. 445-461.
5. - Almaraz, Gómez, A.; López, Fernández, M. N. "Prevalencia de enuresis y clase social." Psiquis. 1989; año XI, 9:53-55.

BIBLIOGRAFIA 2

6. - Alonso-Fernández, F. Fundamentos de la psiquiatría actual. Paz Montalvo, Madrid, Cuarta edición, 1979.
Tomo I. pags. 30, 93-130, 208-211, 418, 428-430, 478-482, 508.
Tomo II. pags. 8, 47, 51-71, 94-96, 168-169, 244, 253, 256, 258, 379-400, 466-492, 549, 578-579, 795-850.
- Psicología médica y social. Paz Montalvo, Madrid, Segunda edición, 1974, pags. 371-393, 397-406, 441-478.
- Formas actuales de neurosis. Piramide, Madrid, 1981, pags. 69, 70, 237-277.
- Entrevista en la Revista médica "Forum" 52, 5-6, 1984.
- "Un nuevo modelo clínico de depresión integrado por cuatro dimensiones", Psicopatología, Madrid, 1987; 7, 2:163-172.
- "Peculiaridades de la depresión en los niños y en los adolescentes." en La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico, Labor, Madrid, 1988, pags. 257-271.
7. - American Academy of Child Psychiatry. Child Psychiatry: A plan for the coming decades. Washington, DC: Author, 1983.
8. - American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. ed. 3. A.P.A., Washington, DC, 1980.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. ed. 3, Revised. A.P.A. Washington, DC, 1987.
9. - Annell, A. L. Depressive states in childhood and adolescence. Almqvist y Wiksell, Estocolmo, 1972.
10. - Anthony, E. J. "The Behavior Disorders of Childhood.", en Carmichael's Manual of Child Psychology. Ed. Mursew, New York, Wiley, 1970.

BIBLIOGRAFIA 3

11. - Arkes, H. R., & Harkness, A. R. "Estimates of contingency between two dichotomous variables." *Journal of Experimental Psychology.*; 1983;112:117-135.
12. - Avellanosa, I. Comunicación personal.
13. - Barnés, D. La Paidología Espasa Calpe, Madrid, 4ª Edición, 1936.
14. - Barrio, G.; Sánchez, J.; De la Fuente, L. "Cocaína en España, 1984-89. Indicadores de oferta y consumo." *Comunidad y drogas*, 1990, 15:9-36.
15. - Bartak, L., Rutter, M., & Cox, A. "A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder. III: Discriminant functions analysis." *J. Autism Child. Schiz.* 1977;7:383-396.
16. - Bateson, G. Ruesch, J. Comunicación, la matriz social de la Psiquiatría. Paidós, Barcelona, 1984.
17. - Becker, W. C. "Consequences of different kinds of parental discipline", en Review of child development research. Hoffman, M. L. y Hoffman, L. W. edits. vol. I, Russell Sage, Nueva York, 1964.
18. - Behar, L. & Stringfield, S. "A behavior rating scale for the pre-school child." *Develop. Psychol.* 1974;10:601-610.
19. - Blashfield, R. K. "Feighner et al., invisible colleges, and the Matthew effect." *Schizophr Bull.* 1982;8:1.
20. - Bleger, J. Temas de psicología (Entrevista y grupos). Nueva visión, Buenos Aires, 1979. pp 9-43.

BIBLIOGRAFIA 4

21. - Boletín Epidemiológico n° 1,816, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1989.
22. - Boll, T. J., & Barth, J. T. "Neuropsychology of brain damage in children.". Cap. del libro Handbook of clinical neuropsychology. Filskov, S. B. & Boll, T. J. Edis. John Wiley, New York, 1981.
23. - Bowen, M. "The use of family theory in clinical practice". Compr. Psychiat. 7:345-374, 1966.
24. - Bowlby, J. Maternal care and Mental Health. WHO. Publications, Ginebra, 1951.
25. - Braithwaite, R. B. Scientific explanation. Harper, New York, 1960. pags. 12, 13, 349, 368.
26. - Brown, G., Chadwick, O., Shaffer, D., Rutter, M., & Traub, M. "A prospective study of children with head injuries: III. Psychiatric sequelae.". Psychological Medicine. 1981. 11, 63-78.
27. - Bunge, M. Teoría y Realidad. Ariel, Barcelona, 1972.
28. - Burke, P. M., McCauley, E., Mitchel, J., & Smith, E. "Dexametasone supression test in children and adolescents." Conferencia presentada en la "American Academy of Child Psychiatry". Citado por Achenbach, T. M. 1983.
29. - Cantwell, D. P. y Carlson, G. A., Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia. Martínez Roca, Barcelona, 1987.
30. - Caplan, G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.

BIBLIOGRAFIA 5

31. - Carroll, B. J., Mendells, J. "Neuroendocrine regulations in affective disorders.", en Hormones, behavior and psychopathology. Sachar, E. J. edit. Raven Press, Nueva York, 1976. Pags.193-224.

32. - Castells, Guixart, P. "Histeria en el niño: individual y colectiva." Psiquis, N° 1/1990, Vol II.

33. - Castilla del Pino, C. Introducción a la Psiquiatría. Alianza Universidad, Madrid, 1978. Tomo I, pags. 22, 56, 72.

34. - Cattell, R. "Personality theory derived from quantitative experiment." en Comprehensive Textbook of Psychiatry, H. I. Kaplan, A. M. Freedman, B. J. Sadocks, editors, ed 3, pag 848. Williams & Wilkins, Baltimore, 1980.

35. - Clemens, S. D. "Minimal Brain Dysfunction in Children." U.S. Dep. Health Educ. and Welfare. Monograf 3, 1966.

36. - Cobo Medina, C. Paidopsiquiatría dinámica I. Roche, Servicio Científico, Madrid, 1983. pags. 13-20, 35-45, 49-52.

37. - Cohen, N. J. & Minde, K. "The hiperactive syndrome in kindergarten children: comparison of children with pervasive and situational symptoms." J. Child. Psychol. Psychiat. 1983;24:443-456.

38. - Corbett, J.A. "Psychiatric morbidity and mental retardation" in Psychiatric Illness and Mental Handicap, James, F. E. & Snaith, R. P. eds. Gaskell Press, London 1979.

BIBLIOGRAFIA 6

39. - Costello, A. J., Edelbrock, C., Dulcan, M. K., Kalas, R. & Klorio, S. H. Report on the diagnosis interview schedule for children (DISC). University of Pittsburgh, Pittsburg, 1984.
40. - Cowen, E. L. et al. "Long Term Follow-up of Early Detected Vulnerable Children." Journal Consulting and Clinical Psychology. 1973;3:25-34.
41. - Chapman, L. J., & Chapman, J. P. "Genesis of popular but erroneous psychodiagnostics observations." Journal of Abnormal Psychology.; 1967;74:271-280.

BIBLIOGRAFIA 7

42. - Dare, C. Art. "Family therapy.", de Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter & Hersov Edits. Blackwell, Reino Unido, Segunda edición, 1985.
43. - Del Barrio, M. V. Temas de Psicopatología Infantil, Promolibro, Valencia, 1984.
44. - Del Campo, S. Análisis Sociológico de la Familia Española. Ministerio de Cultura, Estudios sobre la Familia, Madrid, 1982.
45. - Delgado, A. Ante el Maltrato a la Infancia. Ed. Ministerio de Sanidad. 1989, pag. 113.
46. - DeLong, G. R. "Lithium carbonate treatment of select behavior disorders in children suggesting manic-depressive illness.", *Journal of Pediatrics*, 93, 689-694, 1978.
47. - DeMause, L. Historia de la infancia. Alianza editorial, Madrid, 1982. pags.
48. - Díaz Huertas, J. A. "Los niños y el entorno familiar conflictivo." Comunicación del Vº Curso Internacional sobre Formación Médica en los Problemas Familiares. Madrid, 1990.
49. - Enrique, Muñoz, P. Aspectos actuales de la Asistencia Psiquiátrica. Confederación española de Cajas de Ahorro, Madrid, 1970, pag. 130.
 - "Papel de la Epidemiología en la Organización Psiquiátrica Comunitaria", cap. del libro Experiencias de Psiquiatría en la Comunidad. Dip. Prov. de la Coruña, La Coruña, 1980.

BIBLIOGRAFIA 8

50. - Ernhart, C. B., Graham, F. K., Eichman, P. L., Marshall, J. M., & Thurston, D. "Brain injury in the preschool child: Some developmental considerations. II. Comparison of brain injured and normal children." Psychological Monographs, 77, 1963.

51. - Escolano, A. "Pedagogia y Psicología", en Perspectivas Psiquiátricas, varios autores. Publicaciones del C.S.I.C. Madrid, 1987.

52. - Everitt, B. S. "Multivariate analysis: the need for data, and other problems." British Journal of Psychiatry, 1975;126:237-240.

53. - Eysenck, H. I. Manual de Psicología Anormal. Manual Moderno, Mexico, 1983.

54. - FACOMA: Estudio sobre el conocimiento y actitud hacia el alcoholismo en la juventud de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid, 1989.

55. - Farrington, D.; Loeber, R. & Van Kammen, W. "Long-term criminal outcomes of hiperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood." en Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood. Robins, L. & Rutter, M. edits. Cambridge University Press. Cambridge 1990. pags.62-82.

56. - Feighner, J. P. Robins, E. y Guze, S. B., y col. "Diagnosis Criteria for use in psychiatric research." Am. J. Psychiatry, 1972; 26:57-63.

57. - Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. F.C.E. Mexico, 1976.

58. - Freud, A. Normalidad y patologia en la niñez. Paidós, Buenos Aires, 1974.
59. - Freud, S. "The acquisition of power over fire." International Journal of Psycho Analysis.; 1932;8:405-410.
60. - Fry, E. citado por Farnham-Diggory, S. en su libro Dificultades de aprendizaje. Morata, Madrid, 1983.
61. - Garcia, Etchegoyen, E. "Acción preventiva y terapéutica". Siglo Cero, n° 39, 1975, pp. 33-38.
62. - Garfinkel, P., Garner, D. Anorexia Nervosa. A multidimensional perspective. Brunner & Mazel, N.Y. 1982.
63. - Gesell, A. "Ontogénesis del comportamiento del infante.", de Manual de Psicología Infantil. Ateneo, Barcelona, 1969. pags. 376-419.
64. - Gittelman, R. "The role of psychological test for differential diagnosis in child psychiatry." Journal of the American Academy of Child Psychiatry.; 1980;19:413-438.
65. - Glennon, B., & Weisz, J. R. "An observational approach to the assessment of anxiety in young children." Journal of Consulting and Clinical Psychology.; 1978;46:1246-1257.
66. - Glueck, S. & Glueck, E. Delinquents and nondelinquents in perspective. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1968.
67. - González, Duro, E. "Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en España" en La transformación de la Asistencia Psiquiátrica", González de Chávez, coordinador, Editorial Mayoría, Madrid, 1980, pp.117-129.

68. - Goodwin, D. W. y Guze, S. B. Psychiatric diagnosis. Oxford University Press, New York, 1979.
69. - Graham, P. "Epidemiological studies" en Quay, H. C. & Werry, J. S. (Eds.), Psychological disorders of childhood, John Wiley, (2nd ed.), New York, 1979.
70. - Graziano, A. M. et al. "Behavioral treatment of children's fears: A review." *Psychological Bulletin*, 1979; 86:4,804-830.
71. - Greenspan, S. I. "Psychopathology and Adaptation in Infancy and Early Childhood. Principles of Clinical Diagnosis and Preventive Intervention." Clinical Infant Reports. 1, International Universities Press, New York, 1981.
72. - Gutierrez Gómez, D. "Bases históricas de la Psiquiatría Infantil." de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Mendiguchía F. J. y cols. Edic. del Castillo, Madrid, 1980.
73. - Guzé, S. "Validating criteria for psychiatric diagnosis: The Washington University approach." In Akiskal, M. S. & Webb, W. L. eds. Psychiatric diagnosis: Exploration of biological predictors. Spectrum, New York, 1978.
74. - Harberg, B., Hargberg, G. & Olow, L. "The panorama of cerebral palsy in Swedish children 1954-74" *Neuropediatrics* Suppl. 1977, 8:516-521.
75. - Haslam, P. Trastornos del sueño infantil, Martínez Roca, Barcelona, 1985.
76. - Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. The Minnesota Multiphasic Personality Schedule. University of Minnesota Press. Minneapolis, 1943.

77. - Hayden, A., Haring "Early intervention for high risk infants and young children: programs for Down's syndrome children.", Seattle, University of Washington, 1974.
78. - Heath, G. A., Hardesty, V. A., Goldfine, P. E., & Walker, A. M. "Childhood firesetting: An empirical study." *Journal of the American Academy of Child Psychiatry.* 1983;22:370-374.
79. - Hersov, L. "Emocional Disorders". Art. en Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter, M. & Hersov, L. edits. Blackwell, U. K. Second Edition, 1985. pags. 368-381.
80. - Ketherington, E. M., Cox, M. & Cox, R. "Effects of divorce on parents and children." en Non-tradicional families, Lamb, M. E. edit. Lawrence Eerlbaum, Hillside, New Jersey, 1982, pags. 233-288.
81. - Hewitt, L. E. & Jenkins, R. L. Fundamentals Pattern of Maladjustment: The Dynamics of Their Origin. Springfield, Illinois, 1949.

- Fundamental patterns of Maladjustment. Michigan Child Guidance Institute, Illinois, 1949.
82. - Holdsworth, L. & Whitmore, K. "A study of children with epilepsy attending ordinary schools I: Their seizure patterns, progress and behavior in school." *Develop. Med. Child Neurol.* 1974, 21,333-342.
83. - Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C. Social Class and Mental Illness. John Wiley & Sons, New York, 1958.
84. - Jackson, D. D. "The question of family homeostasis", *Psychiatry Quarterly*, suppl. n° 31, 1957, pp. 79-90.

BIBLIOGRAFIA 12

85. - Jenkins, R. L. "The varieties of children's behavioural problems and family dynamics." Amer. J. Psychiat. 124, 1440-1445. 1968.
- Jenkins, R. L., & Boyer, A. "Types of delinquent behavior and background factors." International Journal of Social Psychiatry, 1968;14:65-76.
86. - Jimenez, Tallón, M'. A. "Trastornos conductuales y sociales y su relación con el rendimiento escolar en una institución infanto juvenil." Anales de Psiquiatría. 1989; vol 5, 7:281.285.
87. - Jones, M. C. "A laboratory study of fear: The case of Peter." Pedagogical Seminary.; 1924;31:308-315.

BIBLIOGRAFIA 13

88. - Kagan, J. El niño hoy: Desarrollo humano y familia. Espasa Universidad, Madrid, 1987, pags. 215, 237, 239.
89. - Kanner, L. Psiquiatría Infantil. S. Veinte, Buenos Aires, 1976. pags. 29-39.
90. - Kasanin, J., & Kaufman, M. R. "A study of the functional psychoses in childhood.". Am. J. Psychiatry, 9, 307-384, 1929.
91. - Kashani, J. H., Husain, A., Shokim, W. O., y col. "Current perspectives on childhood depression: an overview.". Am. J. Psychiatry, 1981; 138:143-153.
92. - Kazdin, A. E. "Situational specificity: The two-edged sword of behavioral assessment." Behavioral Assessment.; 1979;1:57-75.
93. - Kempe, C. H.; Silverman, F. N.; Steele, B. N.; Droegemueller, W.; Silver, H. K. "The battered child syndrome" J.A.M.A. 1962, 181:17.
94. - Khantzian, E. J. & Khantzian, N. J. "Cocaine addiction: Is there a psychological predisposition?, Psychiatric Annals, 14, 753-759.
96. - Klee, S. H., & Garfinkel, B. D. "Identification of depression in children and adolescents: The role of dexamethasone suppression test.". Journal of the American Academy of Child Psychiatry.; 1984;23:410-415.
97. - Klein, M. Psicoanálisis de niños. Ed. Hormé, Buenos Aires, 1962.

98. - Knobloch, H., & Pasamanich, B. "Prospective studies on the epidemiology of reproductive casualty: methods, findings and some implications." Merrill-Palmer Quart, 1966, 12, 27-43.
99. - Kolvin, I., Wolf, S., Barber L. M., Tweddle, E. G., Garside, R., Scott, D. M. & Chambers, S. "Dimensions of behaviour in infant school children." Brit. J. Psychiat. 1975;126:114-126.
100. - Kovacks, M., Beck, A. T. "An empirical clinical approach toward definition of childhood depression.". En Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models. Schulterbrandt, J. G. Ed. Raven Press, New York, 1977. pags. 1-25.
101. - Kuhlmann, F. "The Binet and Simon tests of intelligence in grading feebleminded children." Journal of Psychoasthenics.; 1912;16:173-179. Citado por Achenbach.
102. - Kuhn, T. S. The Structure of Scientific Revolutions, University of Chicago Press, Second edition, Chicago, 1970.
103. - Kuhnley, E. J., Hendren, R. L., & Quinlan, D. M. "Fire-setting by children." Journal of the American Academy of Child Psychiatry.; 1982;21:560-563.
104. - Kupferman, S., Stewart, M. A. "The diagnosis of depression in children.". J. Affective Disord, 1979; 1:117-123.
105. - Lachar, D., & Gdowski, C. L. Actuarial assessment of child and adolescent personality: An interpretative guide for the Personality Inventory for Children Profile. 1979, Western Psychological Services, Los Angeles.

106. - Lain Entralgo, P. "Lafora en su generación médica." en Perspectivas Psiquiátricas, varios autores. Publicaciones del C.S.I.C. Madrid, 1987.
107. - Lapouse, R. y Monk, M. "Fear and Worries in a Representative Sample of Children." *American Journal of Orthopsychiatry*, 1959,29:803-818.
108. - Lazcano, Hernández, J. L. y col. Drogadicción en el medio escolar. Necesidad de una educación para la salud. Libro de la Ponencia Oficial del I Congreso sobre Drogoprevención en la Escuela. P&B Ediciones, Madrid 1987.
109. - Lebovici, S., Soulé, M. El conocimiento del niño a través del psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica, México, 1973.
110. - Lefkowitz, M. M., Burton, N. "Childhood depression: a critique of the concept." *Psychol Bull.* 1978; 85:716-726.
111. - Lessing, E. E. et al. "Differentiating Children's symptoms Checklist Items on The Basis of Judged Severity of Psychopathology." *Genetic Psychology Monographs.* 1973;88:329-350.
112. - Lewis, M. Deprived Children. Oxford University Press, London, 1954.
113. - Loeber, R. & Schmalin, K. B. "Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A meta-analysis." *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1985, 13, 337-352.
 - Loeber, R. & Dishion, T. J. "Early predictors of male delinquency: A review.", 1983, *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.

114. - Lorr, M. "Classification of behavior disorders." in Farnsworth, P. R. and col. Annual Review of Psychology. California, 1961.
115. - Maher, B. Introducción a la investigación en Psicopatología, Taller Ediciones, Madrid, 1974.
116. - Maluccio, A. N., Fein, E., Olmstead, K. A. Permanency Planning for children. Tavistock Publications, London, 1986.
117. - Mannoni, M. El niño su "enfermedad" y los otros, Nueva Visión, Buenos Aires, 1979.
118. - Maña, Zafra, E. "Técnicas psicoterapéuticas en el tratamiento de las depresiones en la infancia y adolescencia." en Diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos en la infancia y adolescencia. Edición del "Comite para la Prevención y Tratamiento de las Depresiones", Barcelona, 1989, pags. 137-155.
119. - Martínez, R. M.; Martín, L. "Patrones de consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid". Instituto Regional de Estudios de la Conserjería de Salud. Comunidad y Drogas, 1987, 56:39-62.
120. - Mash, E. J. & Terdal L. G. Edits. Behavioral assessment of childhood disorders. Guilford, New York, 1981.
- Mash, E. J. "Some comments on target selection in behavior therapy." Behavioral Assessment.; 1985;7:63-78.
121. - Maxwell, A. E. "Difficulties in a dimensional description of symptomatology." British Journal of Psychiatry, 1972;121:19-26.

122. - Mazet, Ph.; Houzel, D. Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed Médica y Técnica, Barcelona 1981, Vol II, pags. 187-197.
123. - McClure, M. & Sadaaki Shirataki. "Child Psychiatry in Japan", J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1989, 28,4:488-492.
124. - McCord, J. "Long-term perspectives on parental absence." en Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood. Robins, L. & Rutter, M. edits. Cambridge University Press. Cambridge 1990. pags.116-134.
125. - Meehl, P. E. Clinical versus statistical prediction. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1954.
126. - Mendiguchía, Quijada, F. J. Art. "Encefalopatía infantil crónica minor." cap. XII del libro Psiquiatría Infanto-Juvenil. Ediciones del Castillo, Madrid, 1980. pags. 444-452.
 - "Concepto y crítica del Deficit de Atención según la DSM-III." Lección magistral. Madrid, 1988.
 - "Inadaptación Escolar.", cap. XXI del libro Psiquiatría Infanto-Juvenil. Ediciones del Castillo, Madrid, 1980. pags. 725-745.
 - "Neurosis.", cap. XVII del libro Psiquiatría Infanto-Juvenil. Ediciones del Castillo, Madrid, 1980. pags. 580-613.
 - "Trastornos Psicósomáticos." cap. XXIV del libro Psiquiatría Infanto-Juvenil. Ediciones del Castillo, Madrid, 1980. pags. 808-848.
127. - Meyer, Adolf. Collected Papers of Adolf Meyer. 4 vols. Johns Hopkins Press, Baltimore, 1948-1952.

128. - Miller, L. C., Hampé, E., Barret, C. L. & Noble, H. "Children's Deviant Behavior within the general Population." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1971;37:16-22.
129. - Miller, L. L.; Barret, C. L.; Hampé, E.; Woble, H. "Factor structure of childhood fears". J. Cons. and Clin. Psychology. 1972; 39:264-268).
130. - Minuchin, S. Familias y Terapia familiar. Granica, Barcelona, 1977.
131. - Monedero, C. Psicopatología Evolutiva. Labor, Barcelona, 1982. pags. 114-124.
132. - Mora, G. Art. "History of Psychiatry." de Comprehensive Textbook of Psychiatry. Kaplan & Sadock Edits. Willian & Wilkins, Baltimore, USA, Cuarta edición, 1985.
133. - Moragas, J. de. Oligofrenias. LYE, Barcelona, 1961.
134. - Morandé, G. "Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes." art. en Salud Mental II, Romero, A.I., Fernández, A. compiladores. Publicación Bristol-Myers, SAE. Madrid, 1990.
135. - Movimiento Natural de la Población Española, INE, 1984.
136. - Murchison, C. Editor del Manual de Psicología del niño. Seix, Barcelona, 1935.
137. - Navarro y García, R. "Avance sobre el estudio de la morbilidad de los subnormales amparados por la Seguridad Social" en Algunos trabajos de epidemiología psiquiátrica realizados en España. P.A.N.A.P. Madrid, 1971.

138. - Nay, W. R. Multimethod clinical assessment. Gardner Press, New York, 1979.
139. - Ochroch, R. The diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in children, a clinical approach. Human Sciences Press. New York, 1981.
140. - Oppenheimer, E. "Drug Taking", Art. en Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter, M. & Hersov, L. edits. Blackwell, U. K. Second Edition, 1985. pags. 490-500.
141. - Patterson, G. R. "An empirical approach to the classification of disturbed children." J. Clin. Psychol. 1964;20:326-337.
142. - Pedreira, Massa, J. L., Menéndez Osorio, F. "El síntoma psicossomático en la infancia: valoración psicodinámica." Revista de la A.E.N. n° 0, 1981, pags. 81ss.
143. - Partejo, S. y Gregory, M. Comunicación personal. Peterfreund, E., Schwartz, J. T. Información, Sistemas y Psicoanálisis. Siglo XXI, Mexico, 1976. pags. 25-40.
144. - Peterfreund, E., Schwartz, J. T. Información, Sistemas y Psicoanálisis. Siglo XXI, Mexico, 1976. pags. 25-40.
145. - Peterson, D. R. "Behavior problems of middle childhood." J. Consult. Psychol., 1961;25:205-209.
146. - Piaget, J. e Inhelder, B. Psicología del niño. Morata, Madrid, 1973.
147. - Pichot, P. "Culture, milieu et troubles psychiques." Medicine de France 217, 20, 1970.

148. - Polaino-Lorente, A., Doménech Llaberia, E. La depresión en los niños españoles de 4.º de E.G.B. Publicaciones de Geigy, Barcelona, 1988.
149. - Proskauer, S., y Rolland, R. S. "Youth who use drugs: psychodynamic diagnosis and treatment planning", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1973, 12, 32-47.
150. - Puig-Antich, J. "Psychobiological markers: effects of age and puberty." en M. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), Depression in young people: clinical and developmental perspectives. Guildford Press, New York, 1986, (pags. 341-381).
151. - Quay, H. C. "Classification." in Quay, H. C. & Werry, J. edits. Psychopathological disorders of childhood 2nd ed. John Wiley, New York, 1979.
- Quay, H. C. & Quay L. C. "Behavior problems in early adolescence." *Child. Dev.* 1965;36:215-220.
152. - Quintanilla, M. A. Fundamentos de Lógica y Teoría de la Ciencia. Universidad de Salamanca, Salamanca, 1981. pags.13-32.

153. - Quinton, D., Rutter, M., Gulliver, L. "Continuities in psychiatric disorders from childhood to adulthood in the children of psychiatric patients", en Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood, Robins, L. & Rutter, M. edits. Cambridge University Press. Cambridge 1990. pags. 259-278.
154. - Reynolds, C. R., & Paget, K. D. "Factor analysis of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale for blacks, whites, males and females with a national normative sample." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.; 1981;44:352-359.
155. - Rie, H. E. "Depression in childhood: a survey of some pertinent contributors." *J. Am. Acad. Child. Psychiatry*. 1966; 5:653-685.
156. - Robins, L. N. Deviant children grown up, Willians & Wilkins, Baltimore, 1966.
- Robins, L. N. & McEvoy, L. "Conduct problems as predictors of sustance abuse" en Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood, Robins, L. & Rutter, M. edits. Cambridge University Press. Cambridge 1990. pags. 182-205.
157. - Rodriguez, González, L. M., Simarro, Villas, R., Zurita, Villamuza, M. J. "Evolución histórica y análisis actual de la familia española." en La familia hoy, convivencia y conflicto, Ed. ASETES, Madrid, 1986, pp.49-106.
- Rodriguez, Gonzalez, L. M. "La familia, ¿Una institución que ha cambiado?." *Rev. de Documentación Social*. N° 65. 1986.

158. - Rodríguez Sacristán, J. "Nuevas fronteras en Psiquiatría Infantil.". *Anales de Psiquiatría*, 1984, Vol.1, N°1.
159. - Rosen, B. M., Bahn, A. K., & Kramer, M. "Demographic and diagnostic characteristics of psychiatric clinic outpatients in the U.S.A. 1961". *American Journal of Orthopsychiatry*, 1974;34:455-468.
160. - Rutter, M., Lebovici, S., Eisenberg, L., Sneznevskij, A. V., Sadoun, R., Brooke, E. & Lin, T-Y. "A triaxial classification of mental disorders in childhood." *J. Child Psychol. Psychiat.* 1969;10:41-61.
 - Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. Educational Health and Behavior. Wiley, New York, 1970.
 - Rutter, M.; Graham, P. & Yule, W. "A Neuropsychiatric study in childhood." *Clinics in Developmental Medicine* N°. 35/36. Heinemann/Spastics International Medical Publications, 1970, London.
 - Rutter, M., Shaffer, D. & Shepherd, M. A Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders. W.H.O., Geneva, 1975.
 - Rutter, M., & Madge, N. Cycles of Disadvantage: a review of research. Heinemann, London, 1976.
 - Rutter, M., & Shaffer, D. "DSM-III: A step forward or back in terms of the classification of child psychiatric disorders?." *J. Amer. Acad. Child Psychiat.* 1980;19:371-394.
 - Rutter, M. "Social/emotional consequences of day care for pre-school children." *Am. Journal Orthopsychiat.* 1981;51:4-28.
 - Rutter, M. & Giller, H. Juvenile Delinquency: Trends and Perspectives. Penguins Books. Harmondsworth, Middlesex, 1983.

- Rutter, M. & Gould, M. Art. "Classification.", de Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter, M. & Hersov, L. edits. Blackwell, U. K. Second Edition, 1985. pags. 304-317.
- Rutter, M. & Cox, A. Art. "Other Family Influences.", en Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter, M. & Hersov, L. edits. Blackwell, U. K. Second Edition, 1985. pags. 58-81.
- 161. - Sancha, Mata, V.; Clemente, Díaz, M.; Miguel, Tobal, J.J. Editores de Delincuencia: Teoría e Investigación. Alpe, Madrid 1987.
- 162. - Sánchez Lázaro, J. "La escuela psiquiátrica catalana." en Perspectivas Psiquiátricas, varios autores. Publicaciones del C.S.I.C. Madrid, 1987.
- 163. - Santo-Domingo, Carrasco, J. "Ante la muerte del Doctor Escardó", Archivos de Neurobiología, tomo XLV, nº 4, Madrid, julio-agosto de 1982.
- 164. - Sans, Jimenez, J. "Investigación de la subnormalidad a partir de los datos estadísticos de los Hospitales Psiquiátricos" y "Datos obtenidos de los hospitales psiquiátricos durante el trienio 1967-1969" en Algunos trabajos de epidemiología psiquiátrica realizados en España. P.A.N.A.P. Madrid, 1971.
- 165. - Sauri, J. J. Historia de las Ideas Psiquiátricas. Loehlé, Buenos Aires, 1969.
- 166. - Sawyer, M. G., Sarris, A., Baghurst, P. A., Cornish C. A., Kalucy, R. S. "The prevalence of emocional and behavior disorders and patterns of service utilisation in children and adolescents." Aust. N Z J Psychiatry 1990, 24;3: 323-330.

167. - Schachar, R., Rutter, M. & Smith, A. "The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: implications for syndrome definition." *J. Child Psychol. Psychiat.* 1981;22:375-392.
168. - Schaefer, E. S. "A circumplex model for maternal behavior", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1959, 59, 226-235.
- "Converging conceptual models for maternal behavior and for child behavior" en Parental attitudes and child behavior J. C. Glidewell ed. Charles C. Thomas, Springfield, Ill, 1961.
169. - Schneider, K. Patopsicología Clínica. Paz Montalvo, 4ª edic. Madrid, 1975.
170. - Selvini Palazzoli, M. "Cibernetique de l'anorexie mentale." *Rev. Med. Psychorom*, 15, 33-41, 1973.
171. - Serigó, Segarra, A. La Evolución de la Población Española. Publicaciones de la Dirección General de Sanidad, Madrid, 1977.
- "Introducción general a los problemas de la subnormalidad y pronóstico y porvenir de los subnormales" en Algunos trabajos de epidemiología psiquiátrica realizados en España. P.A.N.A.P. Madrid, 1971.
172. - Shaffer, D. "Brain Damage" Art. en Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter, M. & Hersov, L. edits. Blackwell, U. K. Second Edition, 1985. pags. 129-151.
173. - Skodol, A. E. Problems in Differential Diagnosis: From DSM-III to DSM-III-R in Clinical Practice, American Psychiatric Press, Inc. U.S.A. 1989.

174. - Spitz, R. El primer año de la vida del niño. Fondo de Cultura Económica, Mexico, 1969.
175. - Spitzer, R. L. y Cantwell, D. P. "The DSM-III classification of the psychiatric disorders of infancy, childhood and adolescence," *Journal Am. Acad. Child. Psychiatry.*; 1980;19:356-370.
- Spitzer, R. L. "Classification of mental disorders and DSM-III." en Kaplan, H. I., Freedman, A. M. y Sadock, B. J., eds. Comprehensive textbook of Psychiatry. Willian & Wilkins, 1980, 3ª edición.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., Robins, E. Research diagnostic criteria for a selected group of functional disorders. 3ª ed. N. Y. State Psychiatric Institute, Nueva York, 1978.
176. - Steinhausen, H. C.; Gobel, D. "Enuresis in child psychiatric clinic patients." *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1989 Ma;28(2):279-81.
177. - Strauss, A. A., & Lehtinen, L. E. Psychopathology and education of the brain injured child. Grune & Stratton, New York, 1947.
178. - Taylor, E., Thorley, G., Wieselberg, M., Rutter, M. & Everitt, B. "A predictive study of the response of boys with disordered conduct to the antihiperkinetic effect of methylphenidate." 1984. no publicado.
- Taylor, E. A. The overactive child, Blackwell, Oxford 1986.
179. - Thomas, A. & Chess, S. "Evolution of Behavior Disorders into Adolescent." *American Journal of Psychiatry*. 1976;30:1-22.

180. - Tierno Jiménez, B. El fracaso escolar, Plaza & Janés, Barcelona 1984, pags.22-23.
181. - Tizón, J. L. Introducción a la Epistemología de la Psicopatología y la Psiquiatría. Ariel, Barcelona, 1978. pags. 13, 34-47.
182. - Tomás i Vilaltella, J., Bassas i Bolibar, N. "Trastornos en la alimentación: Anorexia nervosa." Anales de Psiquiatría, Vol 6, N° 5, pp. 212-221, 1990.
183. - Toro, J., Villardell, E. Anorexia Nerviosa. Ed. Martinez Roca, Barcelona 1987.
184. - UNICEF: Estudio sobre el consumo de alcohol y la actitud hacia el alcoholismo de la juventud de Madrid. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid 1987.
185. - Van Eerdeewagh, M. M., Bieri, M. D., Parrilla, R. H. & Clayton, P. J. "The bereaved child." Br. J. Psychiat. 1982, 140,23-29.
186. - Vila-Abadal, J. La Toxicomania Juvenil. Sandoz, Barcelona, 1983.
187. - Wallon, H. La evolución psicológica del niño. Ed. Siglo, Buenos Aires, 1965.
188. - Ward, C. H., Beck, A. T., Mendelson, M., Mock, J. E. y Erbaugh, J. K. "Reasons for diagnostic disagreement." Arch. Gen. Psychiatry.; 1962;7:198-205.
189. - Watson, J. B. Behaviorism. Norton, New York, 1970.
- Watson, J. B., & Rayner, R. "Conditioned emotional reactions." Journal of Experimental Psychology.; 1920;3:1-14.

190. - Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. Teoría de la Comunicación Humana. Tiempo contemporáneo, 3ª edic. Buenos Aires, 1974. pags. 29-33.
191. - Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., y col. "Depression in children referred to an education diagnostic center.". J. Pediatr.; 1973;83:1065-1072.
192. - Welner, A., Welner, Z. y Fishman, R. "Psychiatric adolescent inpatient." Arch. Gen. Psychiatry.; 1979;36:698:700.
193. - Werry, I. & Quay, H. "The prevalence of Behavior Symptoms in Younger Elementary School Children." American Journal of Orthopsychiatry." 1971;41:1:136-143.
194. - West, D. J. The young offender, Duckworth, London, 1967.
195. - Wing, J. K. "Principles of evaluation." de la obra Evaluating a community psychiatric service. The Camberwell register. Wing & Haley edits. Oxford University Press. Londres, 1972.
196. - Winokur, G. y col. "Alcoholism, III: diagnosis and familial psychiatric illness in 259 alcoholic probands", Arch. Gen. Psychiatry, 1970, 23:104-111.
197. - Wirt, R. D., & Broen, W. E. Booklet for the Personality Inventory for Children. Minneapolis, 1958.

198. - Wolff, S. "Dimensions and cluster of symptoms in disturbed children." Brit. J. Psychiat. 1971;118:421-427.
- Art. "Non-delinquent Disturbances of Conduct" en Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter, M. & Hersov, L. edits. Blackwell, U. K. Second Edition, 1985. pags. 400-413.
199. - Wolkind, S. & Rutter M. Art. "Separation Loss and Family Relationships." de Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter & Hersov Edits. Blackwell, Reino Unido, Segunda edición, 1985.
- Wolkind, S. & Rutter, M. "Sociocultural factors". Art. en Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter, M. & Hersov, L. edits. Blackwell, U. K. Second Edition, 1985. pags. 82-100.
200. - Wolpe, J. Práctica de la terapia de conducta. Trillas, Mexico, 1973.
201. - Woolf, H. B. ed. Websters new collegiate dictionary. Springfield, MA: Merriam, 1977.
202. - World Health Organization Glossary of Mental Disorders and Guide to Their Classification. World Health Organization, Geneva, 1974.
203. - Wyatt, R. J. "Science and Psychiatry." Art. de Comprehensive Textbook of Psychiatry. ed. 4, Kaplan H. I. & Sadock B. J. editors. Williams & Wilkins, Baltimore, USA, 1985.
204. - Yule, W. & Rutter, M. "Reading and Other Learning Difficulties." Art. en Child and adolescent psychiatry (modern approaches). Rutter, M. & Hersov, L. edits. Blackwell, U. K. Second Edition, 1985. pags. 444-464.